



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CCBS- CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

RAQUEL MEDEIROS ANGELIM

**INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS
PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS: um estudo na Rede de Atenção Básica à Saúde de
Campina Grande.**

CAMPINA GRANDE-PB

2011

RAQUEL MEDEIROS ANGELIM

**INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS
PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS: um estudo na Rede de Atenção Básica à Saúde de
Campina Grande.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientadora: Maria do Carmo Eulálio

CAMPINA GRANDE

2011

- A582i Angelim, Raquel Medeiros.
 Incidência de sintomas depressivos em idosos portadores e não portadores de doenças crônicas [manuscrito]: um estudo na rede de Atenção Básica à Saúde de Campina Grande / Raquel Medeiros Angelim. – 2011.
 31 f. : il. color.
- Digitado.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.
 “Orientação: Prof. Dr. Maria do Carmo Eulálio, Departamento de Psicologia”.
1. Psicologia do idoso. 2. Sintomas depressivos. 3. Saúde pública. I. Título.

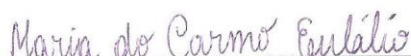
RAQUEL MEDEIROS ANGELIM

**INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS
PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS: um estudo na Rede de Atenção Básica à Saúde de
Campina Grande.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de
Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de

Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Aprovado em 02 / 12 /2011

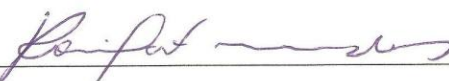


Profª. Drª. Maria do Carmo Eulálio- UEPB

Orientadora


Profº. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio-UEPB

Examinador



Profª. Drª. Railda Fernandes Alves- UEPB

Examinadora

INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS PORTADORES E NÃO PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: um estudo na Rede de Atenção Básica à Saúde de Campina Grande.

ANGELIM, Raquel Medeiros

RESUMO

Este estudo investiga a incidência de depressão em idosos e a possível relação dos sintomas com fatores como doenças crônicas e apoio social. A população estudada foi composta por idosos (n=64) atendidos nas Unidades Básica de Saúde de Campina Grande- PB, que tivessem idades a partir de 60 anos. Obteve-se que 79,7% dos entrevistados apresentam ao menos uma doença crônica; os sintomas depressivos estão presentes em 23,44% da amostra total, sendo considerados os diferentes graus da depressão; quando associados à presença de doenças, n=14 manifestam os sintomas. O apoio social apresentou em duas das três dimensões, correlações estatisticamente significativas: Apoio Afetivo/Interação Positiva ($r=-0,37$; $p=0,003$) e Apoio Material ($r=-0,25$; $p=0,042$) e foi considerado relevante na associação com a depressão. Por muito idosos apresentarem doenças crônicas e múltiplas, e por ser a depressão de difícil identificação nessa faixa etária, é pertinente que os profissionais de saúde estejam atentos à sintomatologia depressiva comumente presente para os indivíduos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; sintomas depressivos; doença crônica; apoio social.

1.Introdução

A população mundial está envelhecendo e o fenômeno é visto como preocupante, sobretudo, para os países em desenvolvimento. Para Borges (2006), o fenômeno do envelhecimento é algo que começou a ocorrer de forma brusca nesses países, o que impossibilitou a reorganização adequada das sociedades para encararem as demandas que surgem diante do novo quadro populacional.

No que tange à saúde, as dificuldades de adequação se manifestam à medida que pessoas idosas estão mais suscetíveis às doenças crônicas, fato que as tornam os maiores consumidores dos serviços de saúde. É o que declara o Boletim do instituto de Saúde- BIS (2009), ao dizer que pelo menos 80% dos idosos apresentam alguma doença crônica; em consequência disso, passam a utilizar mais os serviços de saúde.

No quadro de doenças crônicas características da velhice, apresenta-se com destaque a depressão, por ser uma das mais frequentes entre os idosos. As taxas de prevalência da depressão encontradas por Siqueira et al. (2009) nesse público, foram de 5% a 35%, sendo consideradas as diferentes formas e gravidades. Apesar de a depressão ser uma doença que pode afetar qualquer faixa etária, é comprovado que na velhice a prevalência desse transtorno é maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2006), a presença da depressão na pessoa idosa tem impacto negativo e é um agravante para a qualidade de vida, sendo necessária a avaliação precoce dessa doença nos idosos.

Relevante para a avaliação de sintomas depressivos, Leite et. al (2006), elenca alguns fatores podem ser agregados como características desencadeadoras da depressão; dentre outras, devem ser consideradas a idade avançada, as demais doenças crônicas e as condições sociais não satisfatórias; as condições sociais, para os autores, são importantes à medida que a falta de apoio social é tida como um dos motivos que provoca a insatisfação dos idosos em relação à vida e conduz para a manifestação dos sintomas depressivos. Maciel e Guerra (2007) corroboram com esta afirmativa ao dizerem que o apoio social é um dos fatores externos que tem influência na capacidade de adaptação da pessoa aos fatores tensiogênicos que podem desencadear os sintomas depressivos.

Assim, é pertinente investigar a incidência de depressão entre idosos portadores e não-portadores de doenças crônicas atendidos nas Estratégias de saúde da família- ESF do município de Campina Grande, bem como fazer um levantamento dos índices de depressão

entre esse público, verificar se há relação correspondente entre Apoio Social e sintomas depressivos e comparar os grupos (portadores e não-portadores de doenças crônicas) em termos dos diferentes níveis que se enquadram a doença.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional

O Estatuto do Idoso, pela Lei n 10 741 de 2003, declara no parágrafo 1 que é idosa toda pessoa que completa 60 anos de idade; também a Organização das Nações Unidas considera (ONU,1982), nos países em desenvolvimento, idoso todo indivíduo com idade a partir de 60 anos, já para os países desenvolvidos, a velhice é definida a partir dos 65 anos de idade; Areosa e Areosa (2008) consideram que os cinco anos de diferença se devam às limitações do nível de desenvolvimento.

Até o ano de 1950 a expectativa de vida era de 46 anos, aumentando desde então em 41% para uma expectativa de 65 anos (TENTRINI; XAVIER; FLECK, 2006). O panorama da faixa etária da população mundial começou a mudar, segundo Boaretto e Heimann (2006), a partir da segunda metade do séc. XX, devido a acontecimentos como a redução da mortalidade infantil e das taxas de fertilidade e com a introdução das novas tecnologias na área dos cuidados médicos.

As mudanças que começaram a ocorrer na década de 60, de acordo com Santos-Filho et al. (2006), nos últimos anos vêm ganhando maior importância nos países em desenvolvimento por apresentarem um aumento acelerado da população com mais de 60 anos em relação à população geral.

A exemplo do Brasil, dados do IBGE (2008) apontam o ritmo acelerado de envelhecimento da população. Segundo a fonte, desde os anos 60, o crescimento populacional brasileiro vem apresentando declínios, intensificados pelas baixas taxas de fecundidade.

Nas últimas pesquisas realizadas para o censo IBGE do 2010, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD, 2009, mostrou que cerca de 21 milhões de pessoas na população brasileira têm 60 anos ou mais de idade. O censo IBGE 2010 considera significativa a parcela de idosos no Brasil e atribui isso aos avanços tecnológicos ocorridos principalmente na área da saúde e à taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição

populacional. De 1999 até o ano de 2009, houve um aumento considerável no peso relativo de idosos na população brasileira, passando durante este período 9,1% para 11,3% (IBGE, 2010).

É inegável que o envelhecimento populacional constitui um fenômeno mundial. Borges (2006) afirma que enquanto nos países desenvolvidos esse processo foi ocorrendo de forma gradual, o que permitiu que as sociedades se adequassem à situação, no Brasil o quadro populacional vem se modificando de forma brusca, impossibilitando a sociedade de se reorganizar adequadamente frente às novas necessidades. A autora denuncia o desajuste social brasileiro ao dizer que “o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo bruscamente e coincide com um quadro de crise nos Estados, com o agravamento dos problemas sociais e da situação de grandes desigualdades” (BORGES, 2006, p.98).

Destaca-se assim a necessidade de que o País atente para a relevância desse contingente populacional que traz novas exigências e demandas no conjunto da sociedade brasileira, em especial para as Políticas Públicas de Saúde.

2.2 Envelhecimento e saúde

A estimativa de crescimento populacional trará, de acordo com Kalache (2008), desafios para os sistemas de saúde, devido às doenças que ocorrem nessa população.

Mesmo pelos fatores biológicos típicos da idade, a pessoa idosa torna-se mais vulnerável a adquirir algum tipo de doença crônica. É o que demonstram as pesquisas do IBGE com pessoas de 60 anos ou mais. Apenas 22,6% dos entrevistados relataram não sofrer de nenhuma doença crônica (IBGE, 2010).

As doenças crônicas são doenças que acompanham a pessoa por longo tempo, que pode oscilar entre períodos de piora ou melhora (IBGE, 2000). “Em torno de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica” [...], é o que é atestado também pelo Boletim do Instituto de Saúde- BIS, 2009. Para o Instituto, esse é o novo paradigma que delinea a Saúde do País, em que a população envelhecida faz mudar o perfil da morbimortalidade devido ao aumento de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principais responsáveis por mortes em todas as regiões do País (BIS, 2009, p. 40-41).

O Ministério da Saúde (2011) considera preocupante a prevalência de DCNT e decidiu, recentemente, lançar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), e estima implementá-lo durante os próximos dez anos. O Ministério afirmou que em 2007 essas doenças foram responsáveis por 67,3% do total de

óbitos no país e por 63% desse total no mundo, no ano de 2008; atenta-se para o fato de que apenas 1/3 dessas mortes ocorreram em pessoas com menos de 60 anos de idade.

Os números são claros. Uma vez que as doenças crônicas são praticamente regra para o envelhecimento, o resultado esperado é de uma demanda cada vez maior para os Serviços de Saúde. Lima-Costa e Veras (2009) afirmam que “em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos”; pode-se dizer firmemente que os idosos configuram o público que mais consome os Serviços de Saúde.

2.3 Contextualizando a depressão

A depressão é hoje considerada como um mal contemporâneo e classificada como uma das novas patologias desta época. No entanto, existem relatos que a depressão, desde a antiguidade clássica, já era interesse de estudiosos que tentavam decifrar sua origem e dar nome ao que era percebido como tristeza.

Garcia et. al (2006) afirmam que em 2600 a.C., documentos já abordavam a depressão e demais transtornos mentais associados. Mas foram os estudos de Hipócrates e discípulos que introduziram o conceito de melancolia para dar nome à tristeza permanente. Hipócrates considerava que dos quatro humores básicos do corpo provinham as doenças mentais. O sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra tinham relação com os temperamentos sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico (SCLIAR, 2001).

No século II, Galeno, o mais célebre médico do período Clássico, segundo Solomon (2002), acrescenta suas teorias às já existentes sobre transtornos mentais, incluindo noções sobre temperatura e umidade, formulando a idéia de que havia nove temperamentos, cada um ligado a um tipo de alma e um deles sendo dominado pela melancolia como uma parte do EU. Considerou que lesões no cérebro ou elementos externos que pudessem alterar o funcionamento cerebral, podiam resultar em melancolia.

Com o advento do cristianismo na Idade Média, estudos e conceitos sobre a melancolia entraram em conflito com os paradigmas da igreja. Solomon (2002) afirma que os tratamentos ditados por Galeno, mesmo sendo considerado uma autoridade médica da época, definham e passaram a ser cada vez menos usados. Disso, Santa Clara (2009,p.) diz que:

[...] A ascensão e o predomínio das concepções religiosas na Idade Média geram conflitos inevitáveis com as ideias médicas racionalistas constituídas

por Hipócrates e outros médicos de sua época acerca da melancolia. Aos olhos de uma nova moral, o melancólico passa a ser visto como um ser que está afastado de Deus ou adoecido da alma – a doença é justificada num fundamentalismo religioso, místico e supersticioso que a converge em obra demoníaca.

Com a queda da era medieval, surge o Renascimento que retoma as concepções acerca da melancolia e acrescenta idéias que a tornam fonte de produção intelectual e artística; na concepção Aristotélica, a genialidade estava aliada ao estado melancólico (TEIXEIRA; HASHIMOTO). Ainda segundo estes autores, o séc. XVI foi a época em que surgiu a palavra psicologia e o interesse pelo estudo da mente tornava-se cada vez mais acentuado, a melancolia começa então a ser estudada como doença.

No séc. XIX Jean-Pierre Falret (1794-1870) denomina a melancolia de “loucura circular”, aproximando-a da mania e Emil Kraepelin (1856-1926) integra a melancolia à insanidade maníaco-depressiva, que fazia parte da seção das psicoses, posteriormente irá integrá-la à psicose maníaco-depressiva. O termo depressão era utilizado por Kraepelin apenas para a descrição de afetos; o pai da psicobiologia mantinha o uso do termo melancolia e seus subtipos (TEIXEIRA, 2005).

É então, segundo Scliar (2001), a partir de Kraepelin (séc. XIX) que o termo “depressão” passa a substituir o termo “melancolia” e, segundo Deloya (2002), o advento científico desta época foi o responsável pela introdução do termo “depressão” como substituto de “melancolia”.

No séc.XX, mais precisamente em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), publica o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que listava através de categorias as doenças mentais e assim definia meios para os diagnósticos. Na década de 80, com o advento do DSM III, os critérios diagnósticos para o transtornos mentais passam por mudanças significativas e a depressão passa a ter uma definição mais precisa (RUSSO; VENÂNCIO, 2006)

Hoje o DSM IV (Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 4 ed.) estabelece uma escala com nove critérios para diagnóstico do Episódio Depressivo Maior.

2.4 Envelhecimento e depressão

No rol das doenças crônicas características da velhice, a depressão vem ocupando lugar de destaque como uma das doenças mais frequentes entre os idosos. Segundo Siqueira et. al (2009), as taxas de prevalência desse distúrbio são de 5% a 35%, quando levadas em conta as diferentes formas e gravidade.

O Ministério da Saúde (2011) estima que cerca de 10 milhões de pessoas no Brasil sofrem de depressão. Adverte que apesar de esta ser uma doença que pode apresentar-se em qualquer faixa etária, já foi comprovado em estudos que na velhice há alta prevalência desse transtorno.

Os dados fornecidos pelo Ministério são reforçados por Almeida (1999) ao relatar sobre uma amostra de 124 idosos atendidos em ambulatórios da 'Unidade de Idosos' do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo; dessa amostra, 41,9% tiveram diagnóstico de depressão. Dentre as doenças crônicas que os idosos declararam ter em um levantamento feito pela PNAD para o censo IBGE 2010, 9,2% dessa população apresentava o transtorno depressivo.

O relatório de saúde mental da OMS (2002) estimou que no ano de 2000 as perturbações mentais foram responsáveis por “12% do total de anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI) perdidos”; e o previsto é que para o ano de 2020 o peso dessas doenças seja maior, subindo para 15%. Alerta ainda para o impacto econômico direto e indireto em que acarretam nas sociedades, inclusive pelos custos de serviços, além do impacto para qualidade de vida do indivíduo portador. Estando a depressão inclusa no grupo das perturbações mentais dado pela OMS, Leite et. al (2006, p. 32) afirmam que:

Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, desencadeando um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares em decorrência da doença. Tais fatos somam-se aos custos financeiros, à alta taxa de utilização de serviços de saúde e à diminuição da qualidade de vida.

Corroborando com isto, Fallowfield (1990, p.162), diz ser a deterioração mental uma das três concomitantes mais agravantes da qualidade de vida do idoso; dentre outros como a deterioração física, aposentadoria e luto.

O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006, P.36) preza pela necessidade de avaliação da depressão em pessoas idosas o mais precocemente possível, pois

A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado a não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida.

Para estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas à depressão, a Atenção Básica de Saúde conta com serviços de Saúde Mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios de Saúde Mental, que realizam, dentre outras atividades, psicoterapia e acompanhamento e orientação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nestes programas públicos de saúde, o psicólogo(a) atualmente integra o quadro da equipe multiprofissional necessária para seu funcionamento e tem papel fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde do idoso em sua prática na atenção básica de saúde. A cartilha referente ao papel do psicólogo na atenção básica de saúde do Centro de Referência Técnica em Psicologia (CREPOP, 2010) coloca que o trabalho com essa população específica é realizado objetivando o melhoramento da qualidade de vida, como também o acompanhamento da evolução de doenças crônicas.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A partir dos estudos sobre a velhice, que relatam ser a depressão uma doença comum e preocupante, em especial nas pessoas mais velhas, o presente estudo teve como objetivo investigar a incidência de depressão em idosos portadores e não portadores de doenças crônicas atendidos nas U.B.S.F. (Unidade Básica de Saúde da Família) do município de Campina Grande – Paraíba e, através dos resultados adquiridos, poder efetuar um levantamento dos índices de depressão entre idosos portadores e não portadores de doenças Crônicas, comparar os grupos em termos de níveis de depressão e verificar se há relação entre apoio social e sintomatologia depressiva.

Esta pesquisa teve abordagem quantitativa por ser mais propícia ao tipo de estudo realizado. De acordo com Bardin (1977), a análise quantitativa tem caráter mais objetivo, fiel e exato, por se tratar de uma observação mais bem controlada.

Lembrando que cada método de pesquisa, apesar de suas particularidades, tem, como afirmam Nakama e Codato (2006, p.35) “igual valor em pesquisas da área de saúde, desde que realizadas em função das necessidades e objetivos da pesquisa e com o indispensável rigor científico”. (NAKAMA E CODATO, 2006, P.35)

Para a coleta de dados foram utilizados como instrumentos um questionário sócio-demográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale) EDG- 15, utilizada na avaliação de sintomas depressivos em idosos e uma Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*.

Para Rea e Parker (2000) o questionário sócio-demográfico tem o objetivo de coletar informações relativas ao perfil sócio-demográfico, a fim de ter conhecimento acerca do entrevistado e possibilitar o entendimento mais abrangente da população no olhar do pesquisador.

A Escala de Depressão Geriátrica- EDG 15 é uma versão abreviada da EGD 30, composta por 15 itens selecionados, cada qual com duas alternativas (sim e não) e é utilizada na avaliação de sintomas depressivos em idosos através de perguntas como por exemplo: “Você está satisfeito com a sua vida”?

Frank e Rodrigues (2006) afirmam que a GDS (Geriatric Depression Scale) é o instrumento mais popular utilizado para avaliar sintomas depressivos em idosos e que é a única desenvolvida especificamente para esse grupo etário.

A Escala de Apoio Social, de acordo com Griep et. al (2005) foi concebida inicialmente para abranger as cinco dimensões: material – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação. Posteriormente as dimensões foram agrupadas em três: afetivo, emocional e material; afirmam ainda que a utilização do instrumento é de aplicação rápida, de fácil compreensão e que o estilo de perguntas e respostas ajudam para que seja eficaz no momento da entrevista.

A pesquisa teve como critério de abordagem dos participantes, a acessibilidade e a aceitabilidade.

Os dados coletados foram organizados através do programa SPSS, a versão (Statistical Package for the Social Sciences), para composição do banco de dados e análise mediante o uso da estatística descritiva e inferencial.

4. DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

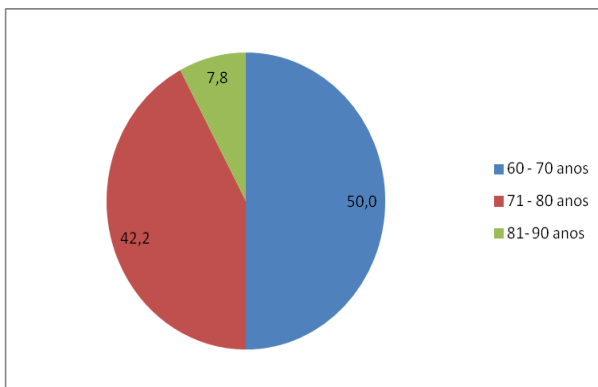
Participaram da pesquisa 64 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos.

A pesquisa teve como campo de investigação quatro centros de Unidade Básica de Saúde da cidade de Campina Grande; quantidade que foi suficiente para fechar a amostra necessária ao estudo.

No que diz respeito aos aspectos sócio - demográficos da amostra, estão descritos a seguir os gráficos correspondentes a idade; o sexo; estado civil; a escolaridade; com quem vive; a religião; a profissão; doença diagnosticada; remédios consumidos.

O gráfico mostra que 50% das pessoas entrevistadas tinham idade entre 60 a 70 anos de idade; 42,2% corresponde a pessoas com 71 a 80 anos e 7,8% disseram ter entre 81 e 90 anos de idade. Esse resultado de idade corrobora com o estudo de Tavares, Drumond e Pereira (2008), em que a maioria dos idosos (50,1%) apresentava idades entre 60 e 70 anos.

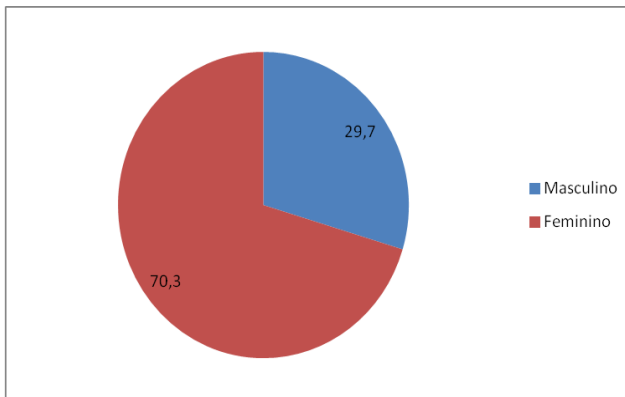
Gráfico 1: Distribuição das idades de idosos pesquisados



De acordo com o IBGE (2010), quanto maior a faixa etária, maior a probabilidade de adquirir doenças crônicas.

No gráfico pode ser observada a predominância do sexo feminino, 70,3%, quase $\frac{3}{4}$ da amostra, enquanto os homens corresponderam a 29,7% do total; resultado semelhante ao de uma pesquisa realizada por Patrocínio e Gatti (2006), em que 65% da amostra foi constituída pelo sexo feminino. As autoras afirmam que a feminização da velhice é um fenômeno que requer atenção.

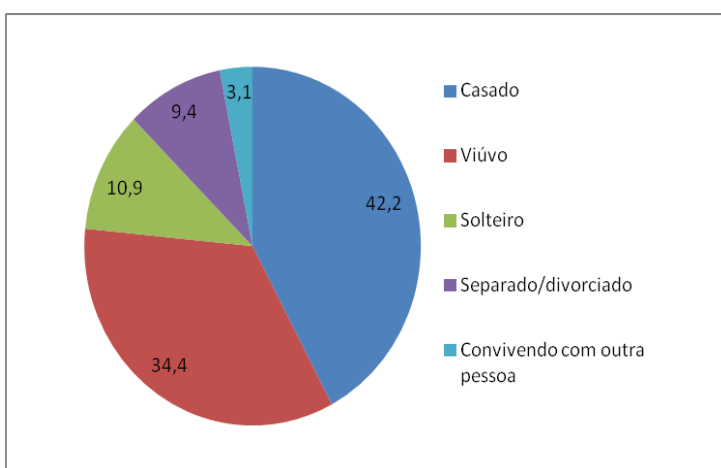
Gráfico 2: Distribuição do sexo dos idosos pesquisados



Stuat-Hamilton (2002), que considera a experiência de envelhecer como sendo essencialmente feminina. Para o autor, a partir dos 45 anos de idade os homens morrem em ritmo mais acelerado que as mulheres; como consequência, por volta dos 70 anos de idade a proporção aproximada de mulheres para homens é de 6:5, tendendo a aumentar com o passar dos anos.

O estado civil casado (42,2%) foi o que predominou no estudo, a situação de viúvo foi o segundo estado civil mais citado, correspondendo a 34,4% da amostra. O resultado corrobora com o estudo de Costa; Nakatani e Bachion (2006) em que 49,5% da população de idosos estudada era casada, seguida de 34,7% de viúvos.

Gráfico 3: Distribuição do estado civil declarado pelos participantes da amostra

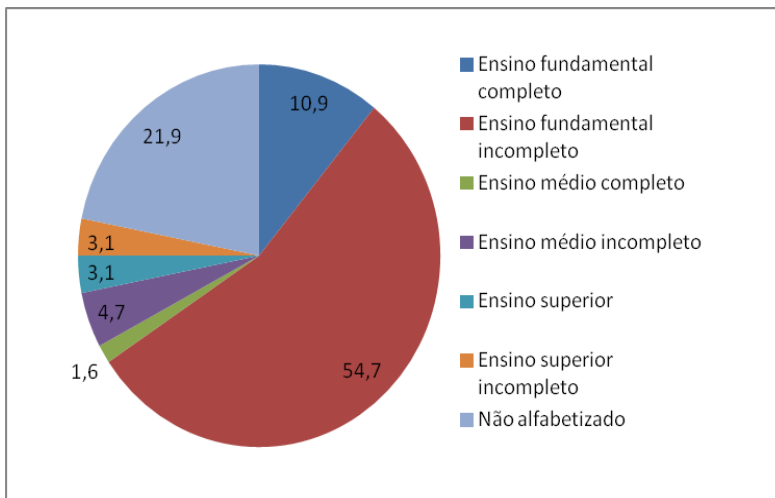


Stuart-Hamilton (2002) diz que a mulher está mais passível de passar pela viuvez que o homem, devido às diferenças quanto à expectativa de vida; o autor destaca a

situação, juntamente com a aposentadoria, como um dos fatores de maior influência para a auto-imagem e satisfação com a vida.

No gráfico referente à escolaridade, o baixo estudo é destacado nas três maiores fatias do gráfico; não alfabetizados (21,9%), ensino fundamental incompleto (54,7%) e ensino fundamental completo (10,9%) correspondem a mais de $\frac{3}{4}$ da amostra total.

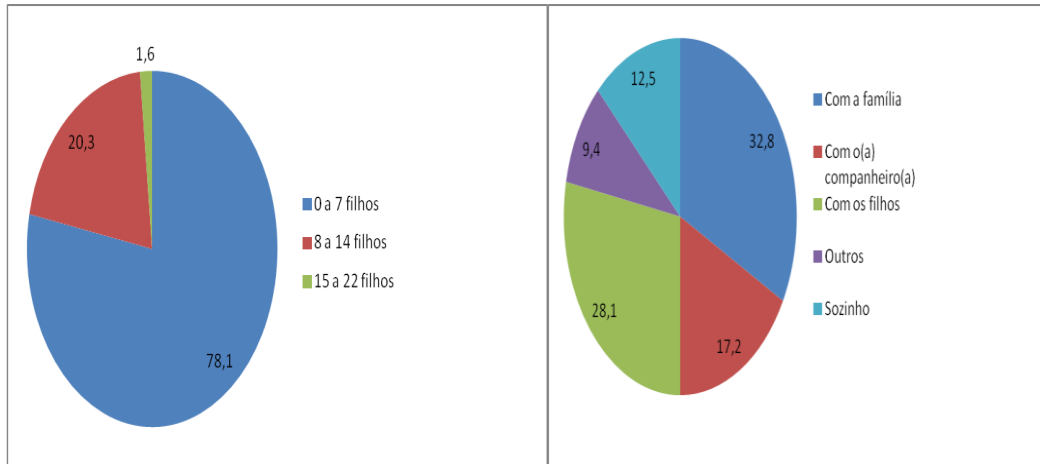
Gráfico 4: Distribuição da escolarização dos idosos pesquisados



Aires (2009) diz que o baixo grau de escolaridade dos idosos reflete o contexto em que viviam no passado, onde o estudo não tinha muito valor.

Para Maciel e Guerra (2007) a escolaridade mantém íntima relação com a problemática da saúde, uma vez que pessoas mais instruídas são mais atentas aos cuidados com a saúde do que pessoas sem instrução escolar.

Gráfico 5: Distribuição do número de filho e Com quem vive

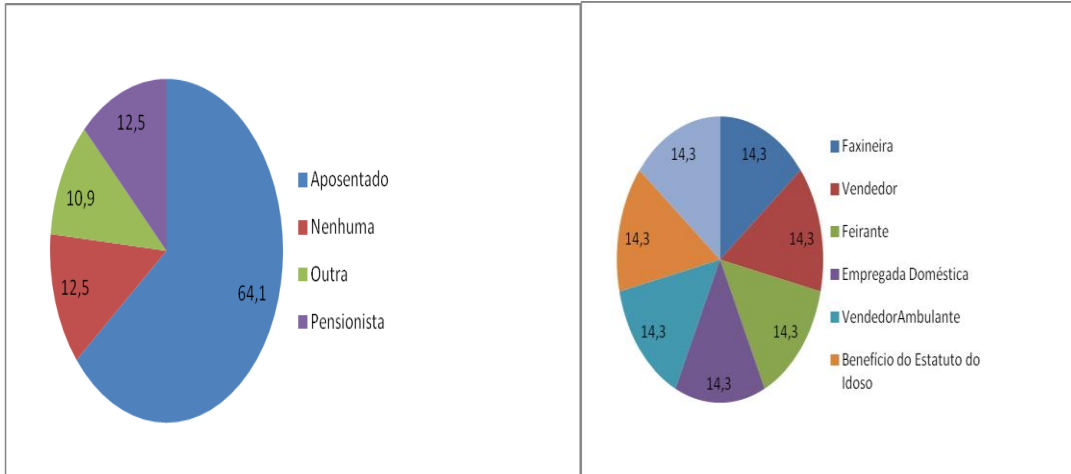


A maioria dos entrevistados relatou ter filhos, se destacou a quantidade de até 7 filhos (78,1%). Para Goldani (1999) o maior número de filhos é correspondente ao apoio recebido pelo idoso. Ao serem questionados sobre com quem viviam, a maioria declarou morar com filhos ou família (28,1% e 32,8%, respectivamente); mesmo os que disseram morar com outras pessoas, se referem a algum familiar; apenas 12,5% declarou morar sozinho.

Stuart-Hamilton (2002) diz ser uma questão cultural do ocidente, onde mesmo que o idoso opte por uma vida independente, prefere viver próximo aos filhos ou familiares próximos. O autor considera que a família pode ter vantagens diferentes, como por exemplo, um problema financeiro pelo qual o idoso esteja passando e que pode ser amenizado com o apoio da família; em contraposição, em problemas mais acentuados dos idosos, a família pode adotar posturas que gerem sentimentos negativos quanto ao apoio esperado.

A maioria dos entrevistados é aposentada (64,1%), os pensionistas (12,5%) estão em segundo lugar no gráfico de trabalho atual, juntamente com parte dos entrevistados que diz não ter profissão (12,25%); 10,9% informou ter outra profissão além da aposentadoria.

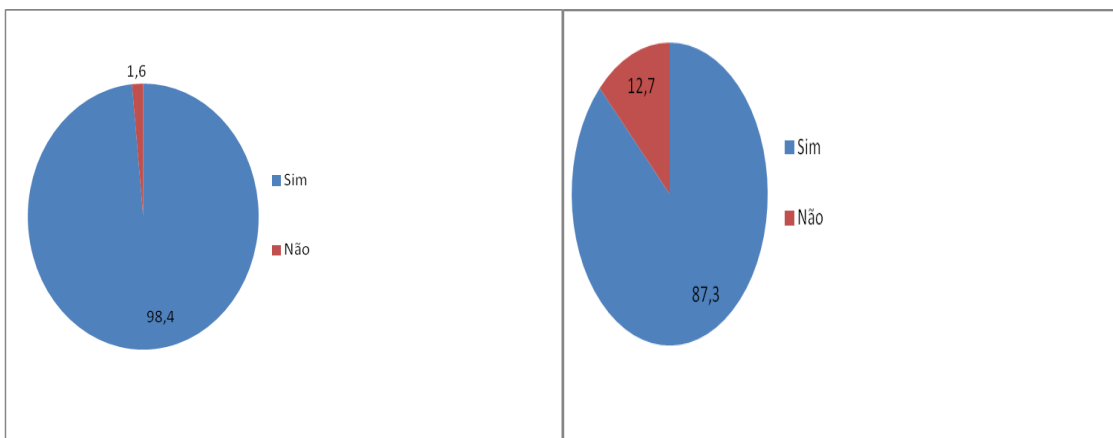
Gráfico 6: Distribuição da profissão atual e outra profissão

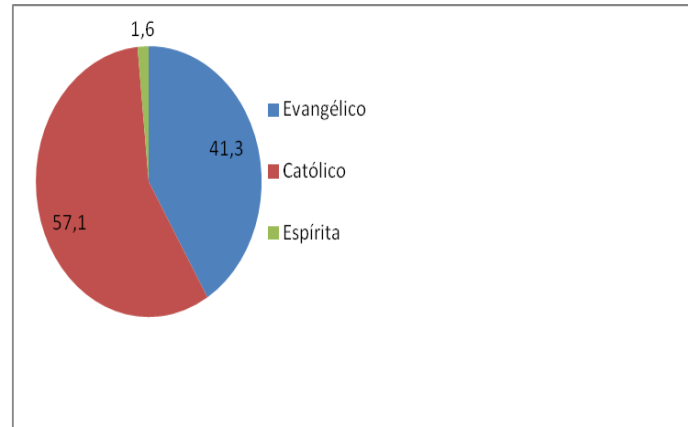


O resultado da pesquisa corrobora com o estudo de Joia; Ruiz e Donalísio (2007), em que mais da metade mais da metade dos idosos (61,9%) eram aposentados. Para Marques (2006) a aposentadoria é um marco social importante na passagem para a velhice, que será influenciada pela identidade que idoso estabelecia com o trabalho.

Costa (2007) diz que é por necessidade que alguns idosos aposentados precisam continuar trabalhando, levando em consideração que a maior parte dos brasileiros a aposentadoria não é suficiente para manter as necessidades individuais e das que deles dependem; principalmente quando o idoso é a principal fonte de renda da família.

Gráfico 7: Distribuição da religião dos participantes da pesquisa





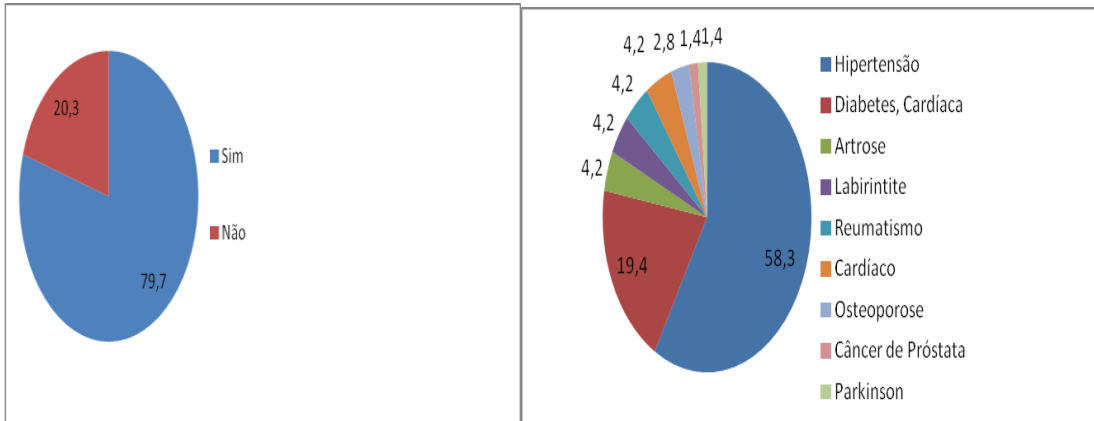
Quanto à religião, a maioria dos idosos afirmou ter religião (98,4%) e ser praticante (87,3%); o gráfico referente à especificidade das religiões, mostra que a maioria dos idosos é católica (57,1%), seguida pela religião evangélica (41,3%), segunda mais citada

De acordo com Cardoso e Ferreira (2009), o envolvimento religioso é um dos determinantes sociais digno de destaque em estudos, por desempenhar papel importante no que se refere aos níveis de bem-estar subjetivo; Lucchetti et. al (2011) afirma que quanto mais os indivíduos se aproximam do fim da vida, mais aumenta as suas necessidades espirituais. Para o autor, envelhecimento e espiritualidade estão interligados, relação que influencia desde o envelhecimento bem sucedido, até os cuidados com o fim da vida.

O resultado obtido para a escolha da religião corrobora com o estudo de Nunes et.al (2010) feito com idosos atendidos em ESF' de Goiânia, em que mais da metade da amostra (57,5%) declarou ser católica, seguido por 34,8% de entrevistados que declararam ser evangélicos.

Para Floriano e Dalgarrondo (2007) observar o idoso no seu contexto, inclusive de crenças, é imprescindível para que, dentre outras determinantes, o processo saúde-doença seja compreendido.

Gráfico 8: Distribuição de doenças diagnosticadas

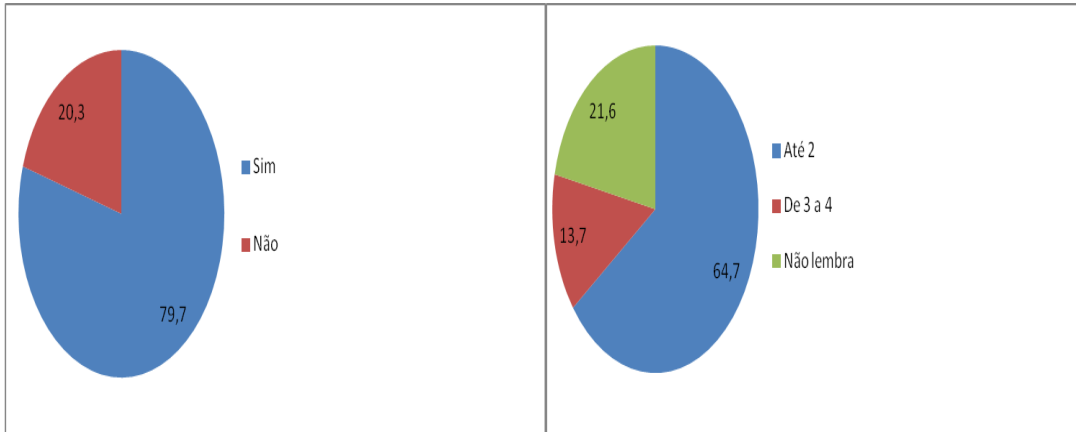


A maioria dos idosos afirmou padecer de alguma doença (79,7%), apenas 20,3% disse não possuir doença alguma.

Alves et. al (2007) fala do envelhecimento populacional como uma tendência crescente e que devido a esta maior sobrevida há um aumento das condições de doenças crônicas.

Das doenças citadas pelos idosos, hipertensão (58,3%) e diabetes (19,4%) se destacam. Este resultado corrobora com a pesquisa realizada por Piccini et. al (2006) em ESF's das regiões Sul e Nordeste, em que as prevalências de Hipertensão e diabetes entre os idosos atingiram cerca de 2/3 e 1/5, respectivamente. Das proporções reveladas pela mesma pesquisa, o autor atenta para identificação das doenças crônicas, que têm demanda de cuidados permanentes. Os resultados também são compatíveis com os resultados do censo IBGE (2010), em que apenas 22,6% dos idosos declararam não possuir nenhuma doença.

Gráfico 9: Distribuição da administração de remédio regular



Mais de $\frac{3}{4}$ da amostra (79,7%) afirmaram que consomem medicamentos; no gráfico que identifica os medicamentos; é notório o uso simultâneo de mais de um medicamento, resultado corroborado com a pesquisa de Loyola Filho et. al sobre o consumo de medicamentos pela população idosa, em que a prevalência foi de 72%, com número médio de 2,18 medicamentos por pessoa.

Para Lima-Costa (2003), as doenças crônicas dos idosos são responsáveis pelo consumo freqüente de medicamentos e dos Serviços de Saúde. Marin et. al (2008), diz que apesar de o uso de mais de um medicamento geralmente ser necessário, os efeitos adversos e a interação medicamentosa podem acarretar em riscos para a saúde dos idosos.

Resultados extraídos da GDS-15

Tabela 1: Sintomatologia Depressiva

Sintomatologia Depressiva	N	%
Ausente ≤ 5	49	76,56
6 \geq Leve a moderada ≤ 10	14	21,88
Grave > 10	1	1,56
Total	64	100,00

De acordo com a pontuação da escala geriátrica (GDS-15), os resultados obtidos apontaram que entre os idosos entrevistados, 76,56% (n= 49), com escores de 0 a 5 pontos, não apresentam sintomas depressivos; 21,88% (n= 14), que tiveram escore de seis a dez pontos, apresentam sintomas depressivos leves a moderados e 1,56% (n= 1), apresentou escore maior que dez pontos, que caracterizou a presença de sintomas depressivos graves.

Os dados obtidos correspondem aos dados da pesquisa de Siqueira et. al (2009), que afirmou haver taxas de prevalência de 5% a 35% de depressão entre os idosos, se levadas em consideração as diferentes formas e gravidades.

Mesmo os resultados demonstrando que é fato, a existência comum de depressão em idosos, Ferrari e Dalacorte (2007) defende que o envelhecimento não necessita estar relacionado com os sintomas depressivos, portanto a aparição de tais sintomas devem ser encarados como um processo anormal; devem ser reconhecidos e receberem tratamentos adequados.

Tabela 2: Relação da sintomatologia depressiva à doenças

	Sintomatologia Depressiva			Total
	Ausente N (%)	Leve a moderada N (%)	Grave N (%)	
Tem Alguma doença				
Sim	37(57,8%)	13(20,3%)	1(1,5%)	51(79,6%)
Não	12(18,7%)	1(1,5%)	0	13(20,4%)
Total	49	14	1	64

Dos idosos que disseram ter alguma doença, n=13 (20,3%) do total da amostra, tem sintomatologia depressiva leve a moderada, n=1 (1,5%) único caso de depressão grave da amostra, também afirmou ter alguma doença; n=37 (57,8%) relatou ter alguma doença, porém não foram identificados sintomas depressivos nessa parcela da amostra. Dos que declararam não ter doenças, n=12 (18,7%) não apresentou sintomatologia depressiva; n=1 apresentou sintomatologia leve a moderada, encerrando o total da amostra, n=64.

O quadro de mostra que idosos que disseram ter alguma doença apresentaram mais sintomas depressivos, enquanto que apenas um dos que disseram não ter doença alguma, apresentou alguma sintomatologia para depressão.

Atentando para o fato da relação entre sintomas depressivos e doenças crônicas ou agudas, Ferreira (2005) diz que as doenças estão entre os fatores desencadeadores de sintomas depressivos. Pinho, Custódio e Makdisse (2009) corroboram com essa afirmativa ao falarem sobre a depressão como um problema comum entre as pessoas idosas, enfatizando haver uma relação entre os sintomas depressivos e outras doenças; no estudo realizado pelos autores, foram encontrados 19 fatores relacionados aos quadros depressivos, dentre eles estão as doenças crônicas e agudas, co-morbidades orgânicas, gravidade da doença.

Duarte e Rego (2007) se empenharam em estudar os sintomas depressivos e a possível ligação que teriam com doenças, ao obterem a positividade da relação nos resultados, atentaram para a questão de que os profissionais de saúde ainda não são devidamente preparados para o atendimento a idosos que, em conjunto com outras doenças, podem apresentar alguma sintomatologia depressiva; por consequência, o tratamento oferecido não será efetivo. É fato que os profissionais de saúde, cada vez mais, terão que lidar com idosos, compreender suas necessidades e tentar atendê-las.

Quadro 1: Correlações do Apoio Social

Correlations

		Escore na GDS	Apoio Material	Apoio Afetivo/Interação Positiva	Apoio Emocional/ Informacional
Escore na GDS	Pearson Correlation	1	-,255	-,370**	-,175
	Sig. (2-tailed)		,042	,003	,166
	N	64	64	64	64
Apoio Material	Pearson Correlation	-,255*	1	,582**	,423**
	Sig. (2-tailed)	,042		,000	,001
	N	64	64	64	64
Apoio Afetivo/Interação Positiva	Pearson Correlation	-,370**	,582**	1	,752**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000		,000
	N	64	64	64	64
Apoio Emocional/Informacional	Pearson Correlation	-,175	,423**	,752**	1
	Sig. (2-tailed)	,166	,001	,000	
	N	64	64	64	64

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No intuito de investigar a associação entre a depressão e as três dimensões do Apoio Social, foram efetuadas análises de correlação de Pearson (r). Das três dimensões investigadas, apenas duas apresentaram correlações estatisticamente significativas: Apoio Afetivo/Interação Positiva ($r=-0,37$; $p=0,003$) e Apoio Material ($r=-0,25$; $p=0,042$). A direção da correlação sugere que, quanto maiores os escores das dimensões de Apoio Social, menores as pontuações na escala de depressão.

No estudo de Guedéa et. al (2006) com pessoas idosas, foi confirmada a relação positiva que o apoio social mantém com o bem-estar na velhice por predizer que: “(a) a satisfação com a vida aumenta com a satisfação com o apoio percebido e com o apoio provido; (b) os afetos positivos aumentam com a satisfação com o apoio e; (c) os afetos negativos diminuem quando o idoso provê apoio aos outros”(GUEDÉA ET. AL, 2006, p. 307) . Assim como neste estudo, o autor obteve que todas as dimensões do apoio social não puderam ser satisfeitas.

Martins (2005), em uma das análises acerca das concepções sobre Apoio Social, corroborando em parte com Rosa et.al (2007), entende que o apoio não é indicativo de bem-estar, mas o reconhece como “moderador de impacto” dos efeitos patogênicos que o stress pode causar.

5.CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa corroboram o fato que os sintomas depressivos são frequentes na velhice, visto que os valores se encontram dentro das taxas de prevalência identificadas por estudos anteriores com público da mesma faixa etária.

O objetivo desta pesquisa foi alcançado na medida que foram demonstrados: relação positiva entre envelhecimento e sintomas depressivos; entre os sintomas depressivos com a presença de doenças; e do apoio social como moderador ou agravante dos sintomas. Diante do exposto é assinalado um sinal de alerta no acompanhamento à saúde da pessoa idosa, os profissionais deverão ser capacitados para o atendimento à saúde mental e identificação precisa do que faz parte do processo de envelhecimento e o que é patológico.

É patente a dificuldade de reconhecimento entre o normal e patológico, em meio às limitações físicas e mentais impostas pela idade, cabe ao Sistema de Saúde, assim como aos profissionais da área diretamente ligados aos cuidados com os idosos, criarem estratégias para que os trabalhos sejam realizados de forma eficaz e efetiva.

Considerando a GDS-15 como um instrumento de eficácia comprovada, agregá-lo, juntamente aos dados da história de vida do idoso pode ajudar na identificação de sintomas depressivos, fazendo assim a diferença no diagnóstico das doenças nesse segmento da população.

ABSTRACT

This study investigates the incidence of depression in the elderly and the possible relationship of symptoms with factors such as chronic diseases and social support. The study population consisted of elderly patients (n = 64) attended at Basic Health Units of Campina Grande-PB, which had ages from 60 years. It was found that 79.7% of the questioned have at least one chronic disease, depressive symptoms are present in 23.44% of the total sample, and considering the different degrees of depression, when associated with the presence of disease, n = 14 manifest the symptoms. Social support showed in two of three dimensions, statistically significant correlations: Affective Support /Positive Interaction ($r = -0.37$, $p = 0.003$) and material support ($r = -0.25$, $p = 0.042$) and was considered relevant in association with depression. Because very elderly present multiple chronic diseases, and because it is difficult to identify depression in this age group, it is pertinent that health professionals are aware of the depressive symptoms commonly present in the aged.

KEYWORDS: Seniors, depressive symptoms, chronic illness, social support.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n. 3, 2009.

Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/8239>.

Acesso em: 20 nov. 2011.

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTY, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, V.23, n.8, p.1924-1930,2007.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.21, n.1, p.12- 18, 1999.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644461999000100005&script=sci_arttext

AREOSA, S.V.C.; AREOSA, A.L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. In: Rev: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v.7, n.1, p.138-150, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. **Comunicação Social**, 2008. Disponível em;

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. In: Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro, n. 27, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19108

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Ministério da Saúde recebe sugestões para plano nacional contra doenças crônicas não transmissíveis. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=13011

BOARETTO, R.C.; HEIMANN, L.S. Conselhos de Representação de Idosos e Estratégias de Participação. In: SIMSON, O.R.M.V.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, p. 105- 125, 2006.

BORGES, M.C.M. O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. In: SIMSON, O.R.M.V.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, p. 79- 104, 2006.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicol. cienc. prof.**, v. 29, n. 2, 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2011.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L. Pesquisa em Saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? In: Rev: **Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.1, p.34-35, 2006.

COSTA, R.C. Terceira idade hoje:sob a ótica do Serviço Social. Canoas: Uebra, P. 21-29, 2007.

COSTA, E.C.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm** v. 19, n. 1, p.43-48, 2006.

DELOUYA, D. **Depressão estação psique**. São Paulo: Escuta, Fapesp, 2002.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, V.23, N.3, p.691-700, 2007.

FALLOWFIELD, L. The Quality of Life in the Elderly. In:_____, L. **The Quality of Life**. The Missing Measurement in Health Care. London: Souvenir Press (E&A) Ltd., p. 162, 1990.

FERRARI, J.F.; DALACORTE, R.R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FERREIRA, S.M.M. Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE, 2005).

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**. V.56, n.3, p.162-170, 2007.

FRANK, M. H; RODRIGUES. N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V; PY, L; CANÇADO, F. A. X; DOLL, J; GORZONI, M. L. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 376-386, 2006.

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A. T.; PINHEIRO, E.; BARROSO, F.; COUTINHO, G.; MESQUITA, L.F.; ALVES, M.; SHOLL-FRANCO, A. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciências & Cognição**, vol. 07, 2006 p. 111-121.

GATI, P.; PATRCÍNIO, W.P. Envelhecimento, trabalho e educação: um estudo sobre cooperativas populares. In: SIMSON, O.R.M.V.; GUSMÃO, N.M.M. (orgs.). **Velhice e diferenças na vida contemporânea**. Campinas: Alínea, p. 75- 105, 2006.

GOLDANI, A. M. **As famílias no Brasil contemporânea e o mito da desestrutuação**. Campinas: Cadernos Pagu, 1999.

GUEDÉA, M.T.D.; ALBUQUERQUE, F.J.B.; TRÓCOLLI, B.T.; NORIEGA, J.A.V.; SEABRA, M.A.B.; GUEDÉA, R.L.D. Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, V.19 n.2, p. 301-308, 2006.

JOIA, L. C.; Ruiz, T.; Donalisio, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.131-138, 2007.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400002&script=sci_arttext

Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ecivil_03/leis/2003/L10.741

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. In: **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.6, n.1, p. 31-38, 2006.

LIMA-COSTA M.F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol M.Z.; Almeida Filho N. (orgs.) **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 499-513.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Liga Acadêmica de Estudos Multidisciplinares em Geriatria e Gerontologia. **Poços de Caldas, PUC, 2009**. Disponível em: <http://laemgge.blogspot.com/2009/08/saude-publica-e-envelhecimento-maria.html>

LOYOLA FILHO, A.I.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, F.E. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, V.22, N.12, p.2657-2667, 2006.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L.; BASSI, R.M.; NASRI, F.; NACIF, S.A.P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 1, 2011 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2011.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. V. 10, n.2, p. 178-189, 2007.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L.C. O.; PEREZ, A.E.W.U.F.; SANTELLA, F.; SILVA, C.B.A.; GONÇALVES FILHO, J.R.; ROCETI, L.C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. V..24, n.7, p. 1545-1555, 2008. disponível em<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700009>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MARQUES, P.Z. Homens aposentados e suas redes sociais.(dissertação

MARTINS, R.M. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium**, n.31, 2005.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, A.E.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 15, n.6, p. 2887-2898, 2010.

Organização das Nações Unidas. **A Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento**. Viena: 1982, ONU.

Organização Mundial da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2002). Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório Mundial da Saúde Mental**, 2002. OMS. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAB. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. In: Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.19, p. 36, 2006.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.657-667, 2006.

PINHO, M.X.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, 2009 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2011.

RAMOS, L.R.; Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. In: **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 47, p.40-41, 2009.

REA, L.M.; PARKER, R. A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

RESENDE, M.C. ; BONES, V.M.; SOUZA, I.S.; GUIMARÃES, N.K . Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat.**, n. 5, 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2011.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; ALVES, M.C.G.P.; LEBRÃO, M.L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, V. 23, n.12, p.2982-2992, 2007.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A.T.A. Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. **Latinoamericana de Psicopatologia Fund.** vol. 3, ano IX, p. 460-483.

SANTA CLARA, C.J.S. Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. In: **Mental**, v.7, n.13, p. x-x, 2009.

SANTOS-FILHO, S.D.; MANOEL, C.V.; SILVA, G.A.; DUARTE, V.S.; RODRIGUES, G. N.; ANDRADE, M. L.; FILHO, M.B.; O interesse científico no estudo do envelhecimento e prevenção em ciências biomédicas. In: **Rev. Brasileira de Ciências de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 70-78, 2006.

SCLIAR, M. Pequena história da melancolia brasileira. **Folha de São Paulo**, Jun., 2001.

SIQUEIRA, G.R.; VASCONCELOS, D.T.; DUARTE, G.C.; ARRUDA, I.C.; COSTA, J.A.S.; CARDOSO, R.O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.253-259, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, p. 264- 310.

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R.; PEREIRA, G. A. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 2, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200017>.

TEIXEIRA, M.A.R.; HASHINOMOTO, F. **Da melancolia à depressão: GENIALIDADE VERSUS LOUCURA**. Trabalho produzido no grupo de pesquisa “Psicanálise e Subjetividade: práticas clínicas e educacionais”, UNESP.

TEIXEIRA, M.A.R. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Rev. de Psicologia da UNESP**, v.4, n.1, p.41-56, 2005.

TRENTINI, C. M; XAVIER, F. M. F; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: PARENTE, M. A. M. P. (org.). **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, p. 19-29, 2006.