

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**POLLYANA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE  
DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**

**UBERABA**

**2011**

POLLYANA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE  
DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darlene Mara dos Santos Tavares.

UBERABA

2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

F443p Ferreira, Pollyana Cristina dos Santos  
Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão em idosos  
residentes na zona rural / Pollyana Cristina dos Santos Ferreira. – 2011.  
103 f. : tab. ; graf. ; fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal  
do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2011.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Depressão em idosos. 2. Enfermagem geriátrica. 3. População rural. I.  
Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-008.454-053.9

POLLYANA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE DEPRESSÃO  
EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darlene Mara dos Santos Tavares - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Toyoko Saeki  
Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leiner Resende Rodrigues  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho a meu marido Deusmaque, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos em que mais precisei, por me compreender, apoiar, acreditar em mim e por ser fonte imensurável de amor, do qual compartilhamos.

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus**, por sempre iluminar meus caminhos e me conceder paz e serenidade nos momentos difíceis.

**Ao meu marido**, Deusmaque, por todo incentivo, companheirismo e amor que tem me oferecido ao longo desta caminhada. Obrigada por ter me compreendido, por suas palavras e carinho nos momentos difíceis e por compartilhar os momentos de felicidade. Por sua presença e apoio incondicional este momento tornou-se possível.

**Aos meus pais**, Cleder e Celma, por compreenderem minhas ausências, por todo o amor, incentivo, e por sempre cuidarem de mim. A vocês que me ofereceram e me ensinaram a valorizar o que há de mais precioso, o amor de uma família, ofereço esta realização.

**Aos meus irmãos**, pelo carinho e apoio de sempre.

**A todos familiares** pelo apoio; em especial aos **meus avós**, por terem me ensinado a valorizar as tradições e costumes rurais e pelas orações e apoio.

**Aos meus sogros**, por me acolherem como filha e terem me apoiado nesta caminhada; e ao meu **cunhado e cunhada** por torcerem por mim e me apoiarem.

**Aos amigos do SENAC**, pelo apoio.

**Às amigas**, Ana Carolina, Cíntia e Marina por terem me incentivado e apoiado.

**À CAPES/REUNI**, pelo auxílio financeiro.

**À Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba**, por ter autorizado a realização da pesquisa em parceria com a Estratégia de Saúde da Família.

**Às ESF atuantes na zona rural de Uberaba**, em especial aos agentes comunitários de saúde que nos acompanharam durante a coleta de dados.

**À Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, pelo o apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

**Ao Sr. Mauro**, que nos acompanhou durante a coleta de dados.

**Aos colegas do mestrado**, pelo convívio e momentos de aprendizado e descontração, em especial à Paula pela amizade e apoio.

**À mestranda e amiga Érica**, por todos os momentos de aprendizado, por ter me oferecido amparo, consolo e incentivo perante as dificuldades, durante o mestrado, e por ter me concedido a oportunidade de construirmos uma sincera amizade.

**Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva**, pela colaboração na coleta de dados e pelo convívio, em especial, agradeço à Nayara Paula, Letycia, Camila e Érica.

**À secretária do Mestrado em Atenção à Saúde**, Maria Aparecida, pela amizade e por sempre nos oferecer auxílio e atenção.

**Aos bibliotecários Maira e Eduardo**, pela colaboração durante as buscas bibliográficas e ensinamentos sobre as normas de trabalhos científicos.

**Aos professores do Programa de Atenção à Saúde e do Centro de Graduação em Enfermagem**, que colaboraram para o aprimoramento e construção do conhecimento.

**Aos funcionários do Mestrado em Atenção à Saúde e do Centro de Graduação em Enfermagem**, pela amizade e auxílio.

**À Professora Doutora Maria Helena Barbosa, Professora Doutora Ana Lúcia de Assis Simões, Professora Doutora Ana Carolina D'Arelli e Professora Doutora Lúcia Aparecida Ferreira**, pelo aprendizado e por terem me apoiado durante a realização do treinamento didático.

**Ao professor Doutor Vanderlei Haas**, pelo auxílio.

**À Professora Doutora Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves**, por todas as contribuições, aprendizado, apoio, incentivo e oportunidades que me ofereceu e, principalmente, pela confiança e amizade que construímos.

**À Professora Mestre Flavia Aparecida Dias**, agradeço por todos esses anos de convívio e amizade, que construímos desde a época da faculdade e que se fortaleceu durante o mestrado. Obrigada por todos os ensinamentos e colaborações oferecidas durante a construção e realização desta pesquisa.

**À Professora Doutora Leiner Resende Rodrigues**, pelas contribuições, orientações e apoio.

**À Professora Doutora Sybelle de Sousa Castro Miranzi**, pelo auxílio e contribuições.

**À Professora Doutora Toyoko Saeki**, pelas contribuições e auxílio.

**À Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares**, orientadora desta pesquisa, agradeço por mais uma vez ter me acolhido; pela paciência em me ensinar; por todo aprendizado e oportunidades concedidas e pela amizade construída durante todos esses anos. A você, meu respeito e admiração.

**Aos idosos da zona rural de Uberaba**, pela disponibilidade em participar desta pesquisa e pela preciosa experiência de vida que me proporcionaram ao conhecê-los.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram  
para a realização desta pesquisa,  
muito obrigada!



“Simplicidade é isso: Quando o coração busca uma coisa só.

Concerto para Corpo e Alma”

Rubem Alves

## RESUMO

Durante o processo de envelhecimento os idosos passam por transformações físicas, sociais e psicológicas, o que pode favorecer um desequilíbrio psicológico, destacando-se, nesta faixa etária, a depressão. Nesse contexto, torna-se relevante a realização de pesquisas que envolvam a temática da depressão entre idosos residentes na zona rural. Esta pesquisa objetivou verificar a prevalência de indicativo de depressão, segundo sexo e faixa etária; descrever o perfil sociodemográfico e econômico, as morbidades autorreferidas e a capacidade funcional dos idosos com e sem indicativo de depressão; comparar os idosos com e sem indicativo de depressão quanto ao perfil sociodemográfico, econômico, número de morbidades autorreferidas e de incapacidade funcional; verificar os fatores associados com o indicativo de depressão. Trata-se de um estudo analítico, transversal e observacional, realizado com 850 idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG. Utilizaram-se os instrumentos: semi-estruturado com base no questionário OARS, Mini Exame do Estado Mental, Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody e Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. De acordo com a classificação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, formaram-se dois grupos: idosos com indicativo de depressão e idosos que não apresentaram o referido indicativo. Calculou-se a taxa de prevalência. Os dados foram analisados segundo estatística descritiva e aplicaram-se os testes qui-quadrado e t-Student, por meio do programa SPSS, versão 17.0. Para a inclusão no modelo de regressão logística considerou-se  $p < 0,10$  e as associações foram significativas quando  $p < 0,05$ . Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo Nº 1477. A prevalência de indicativo de depressão correspondeu a 22,0%. No grupo com indicativo de depressão predominaram as mulheres, 60 | 70 anos, casados ou que moravam com companheiro, renda individual de um salário mínimo e 4 | 9 anos de estudo. Destacaram-se as morbidades: problemas de coluna, problemas de visão, hipertensão arterial e problemas para dormir. O maior percentual de idosos apresentou sete ou mais comorbidades. Entre aqueles que não apresentaram indicativo de depressão, os maiores percentuais foram para o sexo masculino, 60 | 70 anos, casados ou que moravam com companheiro, renda individual de um salário mínimo e 4 | 9 anos de estudo. As principais morbidades referidas foram problema de visão, problemas de coluna, hipertensão arterial e problemas para

dormir. Predominaram os idosos com 1-4 morbidades associadas. Houve maior percentual de idosos com indicativo de depressão que tinham 1-4 incapacidades para o desempenho de AIVDs, em relação aos que não apresentaram o referido indicativo. Verificou-se entre os idosos com indicativo de depressão maior proporção de mulheres, na faixa etária de 80 anos ou mais, viúvos, sem escolaridade, que apresentavam sete ou mais comorbidades e com maior dependência para a realização das AIVDs, quando comparados aos idosos sem indicativo de depressão. Esta pesquisa evidenciou que ser do sexo feminino, ter maior número de comorbidades e de incapacidade funcional para o desempenho de AIVDs permaneceram como preditoras do indicativo de depressão. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão subsidiar a implementação de estratégias voltadas à saúde dos idosos residentes na zona rural, com enfoque para a depressão.

Palavras-chave: Depressão. População rural. Idoso. Enfermagem geriátrica.

## ABSTRACT

During the aging process the elderly go through physical, social and psychological, with may favor a psychological imbalance, especially in this age group, depression. In this context, it becomes relevant to the conduct of research involving the issue of depression among elderly residents in rural areas. This study aimed to determine the prevalence rates of depression, by sex and age, to describe the sociodemographic and economic self-reported morbidities and functional capacity of elderly patients with and without indication of depression, to compare the elderly with and without depression as indicative of the sociodemographic, economic, number of self-reported morbidity and disability; identify factors associated with the indication of depression. It is an analytical, cross-sectional observational study conducted with 850 elderly residents in the rural municipality of Uberaba, MG. Instruments were used: semi-structured questionnaire based on the OARS, Mini Mental State Examination, the Katz Index, Lawton and Brody Scale and the Geriatric Depression Scale Short. According to the classification of the Geriatric Depression Scale Short, formed two groups: the elderly with indications of depression and the elderly who did not have that indicator. We calculated the prevalence rate. Data were analyzed using descriptive statistics and applied to the chi-square and t-test by using SPSS, version 17.0. For inclusion in the logistic regression model was considered  $p < 0.10$  and the associations were significant when  $p < 0.05$ . This project was approved by the Ethics and Human Research of UFTM, Protocol No. 1477. The prevalence of depression indicative corresponded to 22.0%. In the group with depression indicative of a predominance of women, 60 | 70 years, married or living with a partner, an individual income of minimum wage and 4 | 9 years of study. The highlights were the morbidities: back problems, vision problems, hypertension and sleep problems. The highest percentage of elderly had seven or more comorbidities. Among those who showed no sign of depression, the highest percentages were for males, 60 | 70 years, married or living with a partner, an individual income of minimum wage and 4 | 9 years of study. Major morbidities were vision problems, back problems, hypertension and sleep problems. Predominated the elderly with 1 | 4 associated morbidities. There was a higher percentage of older adults with depression that were indicative of 1 | 4 disabilities to perform IADLs, compared to those without such information. It was found among the elderly with depression

indicative of a higher proportion of women aged 80 or older, widowed, uneducated, who have seven or more comorbidities and greater dependency on the performance of IADL, compared to the elderly without indicative of depression. This research showed that being female, having higher number of comorbidities and functional disability for the performance of IADL remained tense as predictors of depression. The results of this research may support the implementation of strategies for the health of the elderly residents of rural areas, focusing on depression. Keywords: Depression. Rural population. Elderly. Geriatric nursing.

## RESUMEN

Durante el proceso de envejecimiento de las personas mayores pasan por físicos, sociales y psicológicos, que pueden favorecer un desequilibrio psicológico, especialmente en este grupo de edad, la depresión. En este contexto, es relevante para el desarrollo de la investigación en el tema de la depresión entre los ancianos residentes en las zonas rurales. Este estudio tuvo como objetivo determinar las tasas de prevalencia de la depresión, por sexo y edad, para describir las características sociodemográficas y económicas auto-reporte de la morbilidad y la capacidad funcional de los pacientes ancianos con y sin indicación de la depresión; para comparar los ancianos con y sin depresión como un indicador de la sociodemográficas, número económico, de auto-reporte de la morbilidad y la discapacidad; identificar los factores asociados con la indicación de la depresión. Se trata de un análisis, estudio transversal observacional realizado con 850 ancianos residentes en el municipio rural de Uberaba, MG. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario semi-estructurado sobre la base de los remos, Mini Examen del Estado Mental, el índice de Katz, Lawton y Brody escala y la escala de depresión geriátrica corto. De acuerdo con la clasificación de la Escala de Depresión Geriátrica corto, formaron dos grupos: las personas mayores con indicios de la depresión y los ancianos que no tienen ese indicador. Se calculó la tasa de prevalencia. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva y aplicada a la chi-cuadrado y t-test con el programa SPSS, versión 17.0. Para su inclusión en el modelo de regresión logística se consideró  $p < 0,10$  y las asociaciones fueron significativas cuando  $p < 0,05$ . Este proyecto fue aprobado por la Ética y la Investigación en Seres Humanos de UFTM, el Protocolo N° 1477. La prevalencia de depresión indicativo corresponde a 22,0%. En el grupo con depresión indicativo de un predominio de las mujeres, el 60 | 70 años, casadas o vivían con una pareja, un ingreso individual de salario mínimo y 4 | 9 años de estudio. Los destaques fueron la morbilidad: los problemas de espalda, problemas de visión, hipertensión y problemas de sueño. El mayor porcentaje de personas mayores con siete o más comorbilidades. Entre los que no presentaron ningún signo de depresión, los porcentajes más altos fueron para los hombres, el 60 | 70 años, casadas o vivían con una pareja, un ingreso individual de salario mínimo y 4 | 9 años de estudio. Morbilidades importantes fueron los problemas de visión, problemas de espalda, hipertensión y problemas del

sueño. Predominaron los ancianos con morbilidades 1 | 4 asociados. Hubo un mayor porcentaje de adultos mayores con depresión que son indicativos de 1 | 4 discapacidad para realizar AIVD, en comparación con aquellos sin dicha información. Se encontró entre los ancianos con depresión indicativo de una mayor proporción de mujeres de 80 años o mayores, viudas, sin educación, que tienen siete o más comorbilidades y una mayor dependencia en el desempeño de AIVD, en comparación con los ancianos sin un indicador de depresión. Esta investigación demostró que el ser mujer, tener un mayor número de comorbilidades y La incapacidad funcional para el desempeño de AIVD se mantuvo tensa como predictores de la depresión. Los resultados de esta investigación pueden apoyar la implementación de estrategias para la salud de los ancianos residentes de las zonas rurales, centrándose en la depresión. Palabras clave: Depresión. Población rural. Ancianos. Enfermería geriátrica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proporção de crianças, jovens-adultos e de idosos em relação ao total da população - Brasil - 1940/2050. ....	21
Quadro 1 - Sintomatologia presente em pessoas com depressão. ....	27
Quadro 2 - Principais antidepressivos utilizados na prática clínica.....	36
Quadro 3 - Frequência de depressão associada à doença clínica. ....	39
Quadro 4 - Distribuição dos idosos residentes da zona rural de Uberaba, cadastrados na ESF, por área de abrangência e sexo. Uberaba, 2010. ....	46
Quadro 5 - Pontuação de corte para declínio cognitivo, conforme pontuação no MEEM considerando o nível de escolaridade. ....	48
Figura 2 - Distribuição do número de morbidades dos idosos com e sem indicativo de depressão. Uberaba, 2011.....	68
Figura 3 - Distribuição percentual do número de incapacidades funcionais apresentadas pelos idosos, segundo o indicativo ou não de depressão. Uberaba, 2011.....	71



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011. ....	57
Tabela 2 - Distribuição da frequência de morbidades entre os idosos, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011. ....	65
Tabela 3 - Distribuição da frequência da capacidade funcional para ABVDs, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011. ....	69
Tabela 4 - Distribuição da frequência da capacidade funcional para AIVDs, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011. ....	72
Tabela 5 - Modelo multivariado de regressão logística dos fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural. Uberaba, 2011. ....	75

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	19
1.2 DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	23
<b>1.2.1 Epidemiologia da depressão</b> .....	<b>23</b>
<b>1.2.2 Fatores de risco para depressão</b> .....	<b>25</b>
<b>1.2.3 Classificação da depressão no idoso</b> .....	<b>27</b>
<b>1.2.4 Diagnóstico da depressão</b> .....	<b>31</b>
<b>1.2.5 Instrumentos para triagem da depressão</b> .....	<b>32</b>
<b>1.2.6 Tratamento da depressão</b> .....	<b>35</b>
<b>1.2.7 Repercussões da depressão no idoso</b> .....	<b>38</b>
<b>2 HIPÓTESE</b> .....	<b>42</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>44</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>45</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	45
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	45
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	46
4.5 POPULAÇÃO.....	46
4.6 CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS.....	46
4.7 MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS.....	47
4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	47
4.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	49
4.10 PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	50
4.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	50
4.12 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
5.1 PREVALÊNCIA DOS IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA.....	52
5.2 CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DOS IDOSOS COM E SEM INDICATIVO DE DEPRESSÃO.....	57
5.3 FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL.....	75

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A - Instrumento para coleta dos dados sociodemográficos e econômicos ..</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO C - Instrumento para coleta de dados referentes às morbidades autorreferidas .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO D - Índice de Katz.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO E - Escala de Lawton e Brody.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO F - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B - Termo para Autorização da Pesquisa pelo Secretário de Saúde de Uberaba/MG .....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresentado em dois tópicos, será abordada a *epidemiologia do envelhecimento*, considerando os aspectos da transição demográfica e epidemiológica, bem como as consequências desse processo para o idoso; e, a *depressão em idosos*, incluindo a epidemiologia, os fatores de risco, a classificação, o diagnóstico, os instrumentos de triagem, o tratamento e as repercussões da depressão para o idoso.

### 1.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial (IBGE, 2009a). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) a definição de idoso aplica-se de acordo com a idade cronológica; considerando-se a faixa etária de 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Outros conceitos relacionados ao envelhecimento tratam da idade biológica, psicológica e social. A idade biológica refere-se à manutenção da capacidade funcional comparada aos anos vividos. A idade psicológica avalia as capacidades de percepção, aprendizagem e memória. Quanto à idade social considera-se o comportamento da pessoa, bem como o desempenho do papel social. Todos eles utilizam como parâmetro comparativo a idade cronológica (PAPALÉO NETTO, 2006).

No Brasil, consideram-se idosas pessoas que possuem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003), sendo esta definição a adotada neste estudo.

As questões referentes ao processo de envelhecimento, vivenciado pelos países em desenvolvimento, apresentam relação com o rápido processo de transição demográfica e epidemiológica. No Brasil, as modificações na estrutura etária e no perfil de morbimortalidade tornaram-se foco de discussão entre gestores, pesquisadores dos sistemas de saúde e especialistas, por repercutir na sociedade como um todo (IBGE, 2009b; VERAS, 2009). Neste contexto, essas transformações suscitam a necessidade de discutir o planejamento e a reformulação das políticas sociais, econômicas e de saúde (IBGE, 2009b).

A transição demográfica refere-se ao processo pelo qual ocorrem transformações na sociedade relacionadas à diminuição nos níveis de fecundidade e

de mortalidade, refletindo no aumento da expectativa de vida e no progressivo envelhecimento populacional (LEBRÃO, 2007).

No processo de transição demográfica os países tendem a percorrer quatro fases envolvendo a dinâmica populacional. Na primeira, denominada fase “pré-industrial ou primitiva”, coexistem altas taxas de mortalidade e natalidade. Na segunda fase, descrita como “intermediária de divergência dos coeficientes”, ocorre acentuada diminuição nas taxas de mortalidade, enquanto a natalidade mantém-se mais elevada, resultando em acelerado crescimento populacional. Na fase seguinte, “intermediária de convergência dos coeficientes”, as taxas de natalidade diminuem mais rapidamente do que as de mortalidade, limitando o crescimento da população. Na última fase, “moderna” ou de “pós-transição”, as taxas de natalidade e mortalidade aproximam-se, porém em níveis baixos; além disso, as taxas de fecundidade ficam próximas do nível de reposição, cerca de dois filhos por casal (PEREIRA, 2008).

Os estágios da transição demográfica podem ocorrer em momentos diferentes nos diversos países (PEREIRA, 2008). Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional teve início quando a sociedade já possuía elevados padrões de vida e após reduzirem as desigualdades sociais, econômicas e da área da saúde. Já nos países em desenvolvimento, o processo de transição demográfica ocorreu no contexto de economias frágeis, níveis crescentes de pobreza e elevados índices de desigualdades sociais e econômicas (LEBRÃO, 2007).

Na América Latina o processo de transição demográfica está mais relacionado à evolução das descobertas científicas que envolvem as questões médicas e de saúde pública. A diminuição da desnutrição infantil, após a década de 30, e, a reforma médico-sanitária, com as campanhas de vacinação, representaram maior impacto para o aumento do número de idosos do que, necessariamente, as melhorias nos padrões gerais de vida (VERMELHO; MONTEIRO, 2003; LEBRÃO, 2007).

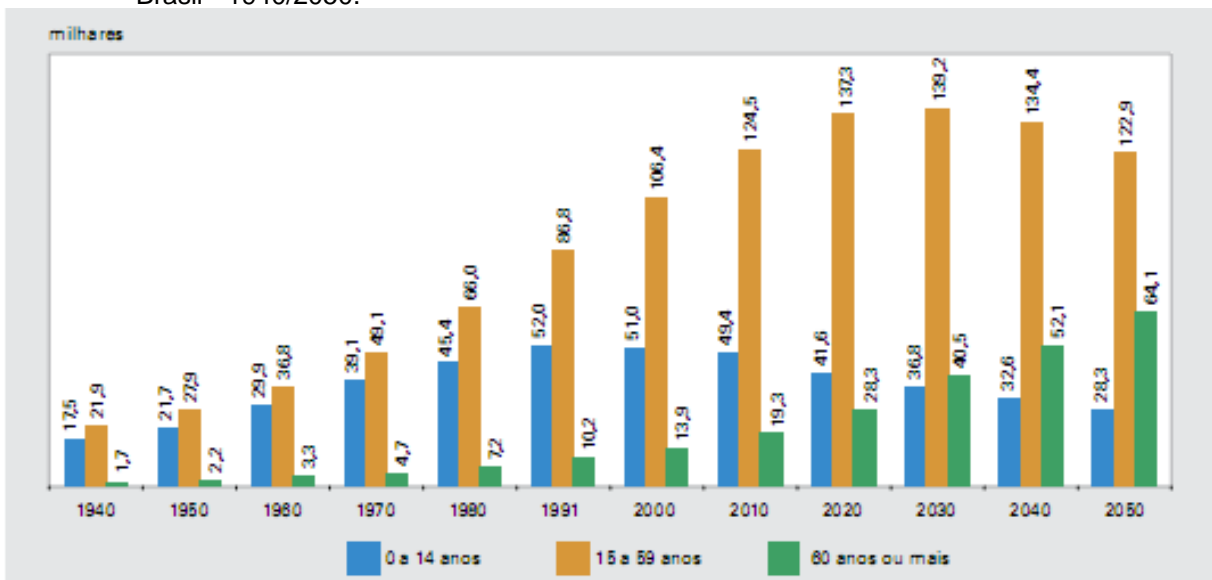
Porém, há de se considerar os indicadores de 1950 a 1980, que expressam uma melhoria nas condições de saúde, tanto dos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Tal avanço esteve relacionado ao desenvolvimento socioeconômico, ao crescimento do comércio internacional, a difusão da tecnologia, a afirmação dos direitos humanos e ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde (PEREIRA, 2008).

No Brasil, a composição populacional permaneceu basicamente estável até o começo dos anos 70; a partir desse momento, iniciou-se um processo de alterações na estrutura etária brasileira. Nesse contexto, observa-se que o grupo menor de 15 anos perdeu representatividade, enquanto aqueles maiores de 65 anos apresentarão peso crescente durante a primeira metade do século XXI (CARVALHO; RODRIGUES-WONG, 2008).

O número de idosos brasileiros que, em 1960 era cerca de três milhões, passou para sete milhões em 2006 e 20 milhões em 2008, representando um aumento de 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

De acordo com as projeções, no período entre 2000 a 2020, o total de pessoas com 60 anos ou mais passará de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se em 2050 para 64 milhões (IBGE, 2009b), como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Proporção de crianças, jovens-adultos e de idosos em relação ao total da população - Brasil - 1940/2050.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009b).

Não só o número de idosos aumentou, como também, a expectativa de vida no Brasil tem se ampliado, de tal modo que uma parcela considerável da população chegará à velhice (VERAS, 2007). As pessoas com 80 anos ou mais, em 2000, representavam cerca de 17% da população; em 2050, esse número será de, aproximadamente, 28%, demonstrando a maior longevidade entre os idosos. Destaca-se que entre as mulheres essa proporção passará de 18% para 30,8% (CARVALHO; RODRIGUES-WONG, 2008).

Observa-se que a expectativa de vida é maior entre as mulheres; entretanto, a proporção da esperança de vida sem incapacidades é maior entre os homens. Além disso, os homens tendem a se casar com mulheres mais jovens e se casarem novamente quando viúvos. Por isso, o número de idosas que vivem sozinhas e estão vulneráveis à pobreza e isolamento social é superior ao de homens (LEBRÃO, 2007).

Além das alterações na estrutura etária da população, o Brasil tem passado por modificações no perfil epidemiológico, com transformações no quadro de morbimortalidade (IBGE, 2009b). O perfil de morbimortalidade característico de uma população jovem, como no caso das mortes por doenças infectocontagiosas, cedeu espaço para enfermidades crônicas e múltiplas, comuns a faixas etárias mais elevadas (DUARTE; REGO, 2007; GORDILHO et al., 2000).

Essas modificações estão vinculadas ao processo de substituição das doenças infectocontagiosas, como causas de óbitos, por doenças crônicas, que ocorrem mais frequentemente entre os idosos (FARINASSO et al. 2006; GORDILHO et al., 2000).

Pesquisa realizada com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) evidenciou que o número de doenças crônicas tende a aumentar com o avanço da idade. Observou-se que, entre zero e 14 anos, o número de doenças crônicas representava 9,3%, enquanto que em idosos era de 75,5% (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Com o aumento do número de doenças crônicas em idosos, crescem o número de consultas. Consequentemente ampliam-se o uso de medicamentos, os gastos com realização de exames complementares e o número de internações. Fatos estes que trazem preocupação aos serviços sociais e de saúde, visto que as morbidades que atingem os jovens são agudas e de menor custo; enquanto nos idosos observam-se as doenças crônicas e de alto custo (VERAS; PARAHYBA, 2007).

O idoso, por vezes, utiliza com frequência os serviços de saúde, tanto pela necessidade de investigar o seu quadro clínico, ou por queixas, denominadas de psicossomáticas; e, em inúmeros casos, subestimado pelos profissionais. Denota-se que a doença no idoso apresenta significados especiais, por estarem acompanhadas pelo temor da dependência física, da desesperança em melhorar sua situação de saúde e do medo da morte (PORCU et al., 2002a).

Além disso, mudanças frequentemente vivenciadas pelo idoso, como a perda do cônjuge, as dificuldades financeiras, a falta de apoio familiar e social e o maior número de morbidades concomitantes podem contribuir para o desequilíbrio psicológico (BRASIL, 2006; PORCU et al., 2002a; SIQUEIRA et al., 2009).

Observa-se que dentre as morbidades apresentadas pela população idosa tem-se elevado o número de doenças psiquiátricas; entre as quais se destaca a depressão (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; SIQUEIRA et al., 2009).

Essa doença pode prejudicar a qualidade de vida do idoso, reduzir o nível socioeconômico e afetar as relações no convívio familiar e social. Em situações mais graves, pode diminuir a expectativa de vida, em decorrência do suicídio ou por consequências advindas de doenças somáticas relacionadas à depressão (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

## 1.2 DEPRESSÃO EM IDOSOS

Este tópico discorrerá sobre os aspectos relacionados à depressão, com enfoque no processo de envelhecimento e na atenção a saúde do idoso.

### 1.2.1 Epidemiologia da depressão

De acordo com a OMS a depressão é um transtorno mental grave que se caracteriza por um estado prolongado de tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia (WHO, 2001).

Refere-se ainda “a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com uma duração, sem tratamento, de meses a anos” (CUNHA et al., 2004, p. 109).

A depressão é considerada um problema de saúde pública (BENEDETTI et al., 2008). Estima-se que, em 2020 será a segunda causa de incapacidades em idosos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (TOLEDO; SANTOS; NETO, 2006). Além disso, é a segunda causa de doença mental nesta faixa etária e só não ultrapassa o número de casos de demência (NASCIMENTO, 2007).

A prevalência de depressão entre idosos apresenta variações entre os diversos estudos realizados (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; DUARTE;



REGO, 2007; MACIEL; GUERRA, 2006; PORCU et al., 2002a; SIQUEIRA et al., 2009). Os resultados variam de acordo com os parâmetros diagnósticos utilizados, da população alvo e do local estudado, a saber: comunidade, atenção básica, ambulatoriais, hospitais ou instituições de longa permanência (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Na comunidade, a prevalência de depressão em idosos varia entre 4,8% e 14,6%; em hospitais ou instituições de longa permanência, esses números chegam a 22%. Quando se avalia a presença de sintomas depressivos, a prevalência na comunidade pode variar entre 6,4% e 59,3% (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Estudo realizado com idosos cadastrados em Unidade de Saúde da Família evidenciou que 52% apresentavam sintomatologia depressiva, dos quais 48% apresentavam depressão leve ou moderada e 4% depressão severa (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Dados do Projeto Epidemiologia do Idoso (EPIDOSO), realizado em São Paulo, verificou que, entre os 1639 idosos avaliados, 19,8% apresentavam rastreio positivo para sintomas depressivos. Observou-se ainda, uma tendência no aumento do número de idosos com sintomas depressivos, entre aqueles que apresentaram comprometimento no desenvolvimento de atividades diárias (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009).

Em pesquisa realizada em uma instituição de longa permanência, 51% dos idosos apresentaram sintomatologia depressiva (SIQUEIRA et al., 2009).

Investigação conduzida com idosos chineses, residentes na zona rural, obteve que 5,9% dos entrevistados apresentavam depressão. Verificou-se maior prevalência entre as mulheres, sendo que 85,9% moravam com familiares. A depressão relacionou-se significativamente com o suporte social deficiente, problemas de relacionamento familiar e saúde precária (CHEN et al., 2005).

Outro estudo realizado no México evidenciou que 19,7% dos idosos apresentavam sintomas depressivos e 5% tiveram o diagnóstico confirmado por especialista. Observou-se maior prevalência de depressão na zona rural (23,6%) em relação à urbana (14,7%); principalmente entre os que estavam em faixas etárias mais elevadas (TORIJA et al., 2007).

Apesar de no Brasil 75% dos municípios se caracterizarem como ambiente rural, apresentando uma população inferior a 25000 habitantes; os estudos que

investigam a prevalência de sintomas depressivos em idosos na comunidade são, em sua maioria, desenvolvidos nos centros urbanos (MARTINS et al., 2007).

Dessa forma, observa-se a necessidade de se implementar pesquisas que avaliem as condições de vida e saúde desta população, especialmente no que se refere à temática da depressão, visto que os estudos nessa área, com abordagem da população idosa rural, são escassos na literatura científica.

### **1.2.2 Fatores de risco para depressão**

Os transtornos depressivos podem ser desencadeados devido a múltiplos fatores (WHO, 2001). O estudo dos fatores de risco para depressão estabelece uma co-ocorrência de eventos, porém não determina a relação de causa e efeito (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A depressão é mais frequente entre membros de uma mesma família, sendo que quando existe o diagnóstico confirmado, pais, irmãos e filhos possuem um risco de 10% a 15% de apresentar a doença (WHO, 2001).

Os sintomas depressivos tendem a predominar entre as mulheres e em pessoas que apresentam menor escolaridade e renda mensal (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007; FRANK; RODRIGUES, 2006; MACIEL; GUERRA, 2006).

As mulheres idosas não tiveram a oportunidade de participar ativamente no mercado de trabalho, o que reflete, atualmente, em menor proporção de aposentadas e rendimentos inferiores em comparação aos homens. Devido a esses fatores, possivelmente, ocorra uma maior dependência econômica de uma parcela das mulheres idosas em relação à família, o que pode limitar sua independência. Tais fatos podem explicar, em parte, a maior associação entre a presença de sintomas depressivos em mulheres do que em homens (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

Já a convivência com um companheiro, independente do estado civil, é considerada fator protetor para manifestação de sintomas relacionados à depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Os eventos estressores como o luto, situações em que há dificuldade de se estabelecer relações interpessoais e a falta de apoio social e familiar, também podem corroborar para a manifestação de sintomas depressivos (WHO, 2001), bem

como a dependência para realização das atividades diárias (MACIEL; GUERRA, 2006).

Destaca-se ainda, que, os fatores genéticos, a doença cerebrovascular, o uso de medicamentos e os traumas psicológicos são predisponentes à depressão (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Por fim, os fatores neurobiológicos, tais como, alterações neuroendócrinas, em que há, por exemplo, a diminuição da resposta do hormônio estimulador da tireóide; alterações dos neurotransmissores, com diminuição da atividade da serotonina e noradrenalina e alterações vasculares e degeneração de circuitos corticais e subcorticais relacionados ao processamento da afetividade e emoção, podem culminar no desenvolvimento da depressão no idoso (STELLA et al., 2002).

Segundo o Ministério de Saúde o profissional de saúde deve ficar atento aos idosos que apresentarem antecedentes depressivos prévios; doença incapacitante ou que provoque dor; que viverem em condições de abandono ou maus-tratos; os institucionalizados; aqueles que tiverem perdido o cônjuge, familiar ou amigo próximo; os que usarem medicamentos como benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides e os etilistas. Pois esses são fatores que podem promover ou propiciar a depressão nesta faixa etária (BRASIL, 2006).

Ressalva-se que a presença da depressão pode repercutir na qualidade de vida do idoso e contribuir para o aumento do número de morbidades, principalmente em pessoas que já apresentam um quadro de doenças crônicas (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Ademais, a presença de comorbidades pode levar ao aumento no número de incapacidade funcional, maior dependência do idoso e, conseqüentemente, propiciar à depressão (TORIJA et al., 2007).

Frente ao exposto, faz-se necessário que os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, estejam engajados na avaliação do idoso, de forma a identificar dados determinantes de sintomas depressivos, principalmente no âmbito da comunidade e da atenção básica. Dessa forma, viabiliza-se a identificação dos sintomas e início da terapêutica adequada, favorecendo a velhice saudável (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais da saúde sejam preparados e estejam qualificados para reconhecer a presença da sintomatologia depressiva em idosos, bem como as características da doença. No item 1.2.3, a

seguir, será discutido a classificação da depressão no idoso, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e Associação Americana de Psiquiatria.

### 1.2.3 Classificação da depressão no idoso

O quadro clínico presente em pessoas deprimidas é composto por alterações que interferem no humor, na psicomotricidade, nas funções cognitivas e vegetativas (MORENO; SOARES, 2003), conforme destacado no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Sintomatologia presente em pessoas com depressão.

<b>Aspectos alterados na depressão</b>	<b>Características clínicas</b>
Afetividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- humor depressivo, irritabilidade: desproporcional em relação ao estímulo e generalizado</li> <li>- anedonia, antecipação do desprazer</li> <li>- apatia</li> <li>- desinteresse, desmotivação</li> <li>- sentimento de cinismo negativo: diminuição da auto-estima e da autoconfiança, tristeza, vazio, aumento da auto-recriminação e dos sentimentos de culpa, insegurança</li> <li>- falta de vontade e de iniciativa</li> </ul>
Psicomotricidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retardo psicomotor</li> <li>- falta de energia</li> <li>- preguiça ou cansaço excessivo</li> <li>- lentificação do pensamento e do discurso</li> <li>- falta de concentração</li> <li>- indecisão</li> <li>- queixas de falta de memória</li> <li>- agitação, predomínio da tensão</li> <li>- falta de vontade e de iniciativa</li> </ul>
Funções cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “tríade negativa” (avaliações negativas acerca de si mesmo, do mundo e do futuro)</li> <li>- temas recorrentes como ruminatórias, privação, perda, morte, desamparo, doença, ruína financeira, aumento desproporcional das preocupações</li> <li>- delírios congruentes com o humor (envolvendo saúde, moral, relacionamentos e finanças), ou incongruentes com o humor (persecutórios)</li> </ul>
Sinais e sintomas vegetativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumento ou diminuição do apetite</li> <li>- diminuição da libido</li> <li>- dores, sintomas físicos difusos</li> <li>- desregulação circadiana da temperatura corporal, do ciclo sono-vigília e da secreção do cortisol</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Moreno e Soares, 2003, p. 14.

Os sintomas da depressão observados com mais frequência entre os idosos são: presença de queixas somáticas, hipocondria, sentimento de inutilidade, humor

disfórico, tendência a se autodepreciar, alterações do apetite, idéias paranoides, além de pensamentos suicidas, Quadro 1 (SIQUEIRA et al., 2009).

Atualmente, são utilizados no mundo, a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), produzida pela Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM-IV-TR), proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para a classificação dos transtornos relacionados à saúde mental, pautados no número e duração de sintomas apresentados pela pessoa (FRANK; RODRIGUES, 2006; GREVET; KNIJNIK; 2001). Dessa forma, a classificação a seguir será descrita segundo os manuais citados.

De acordo com a CID 10 a depressão é classificada em leve, moderada, grave com sintomas psicóticos e grave sem sintomas psicóticos. Os critérios utilizados para tal classificação são: rebaixamento do humor, diminuição da energia e da atividade, perda de interesse em relação às atividades que oferecem prazer, diminuição da capacidade de concentração, problemas do sono, diminuição do apetite, diminuição da auto-estima e da autoconfiança e idéias de culpabilidade e/ou de indignidade, lentidão psicomotora, agitação e perda da libido (OMS, 2008).

Na depressão leve estão presentes dois ou três dos sintomas citados, entretanto, a pessoa é capaz de realizar a maior parte de suas atividades. Já na depressão moderada manifestam-se quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente, e a pessoa apresenta dificuldade para continuar a desempenhar as atividades rotineiras (OMS, 2008).

O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos é acompanhado de alucinações, idéias delirantes, lentidão psicomotora ou estupor de extrema gravidade, de tal maneira que as atividades sociais tornam-se impraticáveis. Pode existir o risco de morte por suicídio, desidratação ou desnutrição (OMS, 2008).

Nos casos de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos são comuns a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são frequentes e observa-se uma série de sintomas somáticos (OMS, 2008).

Quanto à classificação da depressão, segundo o DSM-IV-TR, tem-se por base os seguintes sintomas: humor deprimido, perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, alterações do apetite ou peso, distúrbios do sono (insônia ou hipersônia), problemas psicomotores (lentidão ou agitação), fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade para pensar, se

concentrar ou tomar decisões e pensamentos de morte, incluindo ideação, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2000).

A partir do número de sintomas apresentados pela pessoa, a depressão pode ser classificada em: depressão menor, distímia e depressão maior (APA, 2000), descritos a seguir.

A depressão menor ocorre quando dois a quatro sintomas estão presentes por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia (APA, 2000).

A distímia refere-se a uma depressão crônica que tem início na vida adulta, em que se verificam três ou quatro sintomas, por no mínimo dois anos (APA, 2000; VARELA, 2008). Os sintomas mais frequentes são a diminuição da auto-estima, fadiga, dificuldade em tomar decisões e se concentrar, irritabilidade acentuada, mau humor crônico e falta de esperança (VARELA, 2008).

É caracterizado quadro de depressão maior quando ocorre a presença de cinco ou mais sintomas, por duas semanas ou mais (APA, 2000). A depressão menor e a distímia são mais frequentes em idosos quando comparados à depressão maior (LEITE et al., 2006; PENNINX et al., 1999; VARELA, 2008).

O idoso pode apresentar, ainda, os seguintes subtipos de depressão: depressão atípica, depressão melancólica ou endógena, depressão psicótica, estupor depressivo, síndrome da depressão-disfunção executiva e depressão vascular (FRANK; RODRIGUES, 2006; VARELA, 2008), descritos a seguir:

Na depressão atípica ocorre aumento do apetite, hipersônia, sensação de corpo pesado, sentimento exagerado de rejeição, mudança repentina de humor que melhora rapidamente com eventos positivos, bem como piora na presença de eventos negativos, fobias e aspecto histriônico, representado por teatralidade e emoção excessiva (MORENO; SOARES, 2003; VARELA, 2008).

A depressão melancólica ou endógena caracteriza-se pelo predomínio de sintomas somáticos, vitais, biológicos ou endógenos (MORENO; SOARES, 2003). O idoso apresenta lentificação psicomotora, incapacidade em reagir a estímulos positivos, piora dos sintomas no período da manhã, idéias de culpa, perda de apetite e de peso (FRANK; RODRIGUES, 2006; VARELA, 2008).

Os casos de depressão psicótica são graves e estão associados a sintomas como delírios e alucinações relacionados à culpa, hipocondria, perseguição, morte, doença e ciúmes (FRANK; RODRIGUES, 2006). As alucinações auditivas são,

normalmente, de acusação ou depreciativas e, as olfativas são relatadas como a percepção de odor putrefato (MORENO; SOARES, 2003).

O estupor depressivo traz preocupação para os profissionais de saúde, pois o idoso deixa de responder aos estímulos externos, ficando geralmente imóvel e rígido, podendo falecer devido à desidratação e doenças associadas (FRANK; RODRIGUES, 2006).

A síndrome da depressão-disfunção executiva refere-se ao quadro em que existem, concomitantemente, o humor depressivo e evidências neuropsicológicas de comprometimento quando realizados testes que requerem habilidades frontais (XAVIER, 2006). Estão presentes o retardo psicomotor, a diminuição de interesse, o prejuízo no desempenho das atividades instrumentais diárias e sinais vegetativos (FRANK; RODRIGUES, 2006). Idosos com esta síndrome apresentam menor resposta ao tratamento farmacológico (XAVIER, 2006).

O acúmulo de lesões microvasculares, associado à predisposição genética, padrões comportamentais e comorbidades psiquiátricas pode colaborar para o desenvolvimento de disfunção cognitiva e distúrbios de humor em idosos, como a depressão vascular (SANTOS et al., 2009). A depressão vascular pode causar a redução de interesse, retardo psicomotor, prejuízo na percepção e sentimento de culpa, além de piora na incapacidade e déficit na fluência verbal (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Ainda que os critérios para classificação dos subtipos de depressão tenham sido definidos, é possível observar que em idosos a depressão ainda é subdiagnosticada pela equipe de saúde. Isso se deve à crença entre os profissionais, a família e o próprio idoso, de que os sintomas apresentados são típicos do envelhecimento. A falta de qualificação profissional, também torna difícil o reconhecimento desta doença (FRANK; RODRIGUES, 2006; GREVET; KNIJNIK, 2001; TOLEDO; SANTOS NETO, 2006).

Sendo assim, as queixas relatadas pelos idosos devem ser consideradas como potenciais sintomas relacionados à depressão; dessa forma, deve-se encaminhar o idoso para uma avaliação integral, a ser realizada por profissionais qualificados.

#### 1.2.4 Diagnóstico da depressão

O diagnóstico da depressão no idoso deve ser realizado com base na anamnese e em exames psíquicos, físicos e complementares (MORENO; SOARES, 2003; STELLA et al., 2002).

A anamnese deve conter fundamentalmente a idade de início do primeiro episódio, as manifestações clínicas de cada episódio, a intensidade (leve, moderada, grave) e os riscos para o idoso (morte, perda de emprego, separação, potencial suicida). A duração de cada episódio, a natureza dos sintomas, o padrão de recorrências, as comorbidades e a presença de outros transtornos psiquiátricos também devem ser investigados. Além disso, é importante verificar os antecedentes pessoais e familiares sugestivos de bipolaridade, bem como os de doenças médico-sistêmicas (MORENO; SOARES, 2003)

Durante o exame psíquico o profissional médico deve observar a aparência do idoso, com vistas a identificar o auto cuidado, o nível de consciência, a memória e a capacidade de resolução de problemas. Verifica-se, ainda, a relação do idoso com familiares, a presença de oscilações de humor e a forma como manifesta os sentimentos. O profissional deve avaliar também a vontade de realizar atividades que ofereçam prazer e de conseguir o que deseja; além de alterações na psicomotricidade e de pensamento. (CUNHA et al., 2006; MORENO; SOARES, 2003).

Os exames complementares são indicados para a investigação de rotina do idoso. Podem ser solicitados hemograma completo, exames de função renal, função hepática e tireoideana, glicemia, dosagem sérica de eletrólitos, raio-X de tórax e eletrocardiograma. Além desses, são sugeridos outros exames complementares, quando houver necessidade, como eletroencefalograma, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, urocultura, sorologia para HIV, dosagem sérica e urinária de substâncias psicoativas (MORENO; SOARES, 2003).

Para auxiliar na identificação dos sintomas depressivos, que servirão como subsídio para firmar o diagnóstico, torna-se necessária a avaliação sistemática do idoso (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Dessa maneira, as escalas de avaliação da depressão podem contribuir para a identificação dos sintomas e rastreio dos casos de depressão, elaboração do diagnóstico, acompanhamento do



idoso e avaliação do resultado do tratamento (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005; TIER et al. 2007).

### 1.2.5 Instrumentos para triagem da depressão

O uso sistemático de instrumentos de rastreio pode viabilizar a detecção de prováveis casos de depressão e fornecer subsídios para estratégias de ação a serem desenvolvidas pela equipe multiprofissional em atenção à saúde do idoso (SIQUEIRA et al., 2009).

A fim de identificar características sugestivas de sintomatologia depressiva, várias escalas são utilizadas em todo o mundo, desde a década de 60, entre elas: a Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS), a *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D) e a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EDG-15) (PORTO, 1989).

A escolha da escala dependerá de inúmeros fatores, como a capacidade para detecção de casos, a sensibilidade para monitorar modificações ao longo do tempo, a consistência de suas medidas e a facilidade para aplicar o instrumento (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A Escala de Hamilton para Depressão foi proposta em 1960 e, em sua versão original, contém 21 itens. Entretanto, posteriormente, reduziram-se as questões para uma versão de 17 itens e, ainda, foi acrescentada uma terceira versão com quatro questões referentes a desamparo, desesperança e desvalia (PORTO, 1989). A HAM-D foi produzida para avaliação e quantificação dos sintomas depressivos em pessoas portadoras de transtornos do humor e, não é recomendado seu uso para os que não possuam esses transtornos (MORENO; MORENO, 1998).

O Inventário de Beck, descrito na década de 60, é composto por 21 itens e classifica-se em quatro níveis de acordo com o grau de severidade; em uma escala de zero a três, sendo o escore total obtido a partir da soma das 21 questões que o compõe. Os itens da escala correspondem a fatores cognitivos, comportamentais, afetivos e somáticos da depressão, em diversas faixas etárias (GIAVONI et al., 2008).

Esse instrumento é utilizado para medir a intensidade da depressão. Pode ser aplicado em pessoas com quadro psiquiátrico ou não, na faixa etária entre 17 a 80

anos, prioritariamente, embora possa ser utilizado em faixas etárias superiores ou inferiores (COUTINHO et al, 2003; GIAVONI et al., 2008). Possui confiabilidade e validade que vão de moderada à boa (TIER et al., 2007).

Montgomery e Asberg desenvolveram uma escala específica para avaliar mudanças clínicas ocorridas durante tratamentos. Baseando-se em estudo realizado na Inglaterra e Suécia, aplicaram uma escala, com 65 itens, denominada *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* em 106 pacientes com diagnóstico de doença depressiva primária, conforme os critérios propostos por Feighneir. Após quatro semanas de tratamento houve um reteste e os pesquisadores selecionaram os 17 itens mais evidenciados como presentes. Desses, foram utilizados os 10 itens que apresentaram maior modificação após o tratamento para constituir a escala final (PORTO, 1989). É muito utilizada em ensaios com medicamentos antidepressivos, pois foi desenvolvida, especialmente, para verificar mudanças clínicas durante o tratamento (MORENO; MORENO, 1998).

A MADRS apresenta diferenças em relação à HAM-D por não incluir em seus itens sintomas somáticos ou psicomotores. Contudo, avalia sintomas referentes à depressão, tais como tristeza, redução do sono, prostração, pessimismo e pensamentos suicidas. Suas questões incluem aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais (MORENO; MORENO, 1998).

Outro instrumento utilizado para verificar a presença de sintomatologia depressiva é a CES-D, elaborada pelo *National Institute of Mental Health*, nos Estados Unidos. É composto por 20 itens de zero a três pontos cada um, que avaliam a presença de sintomas depressivos na semana anterior à entrevista (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010).

A CES-D foi validada no Brasil a fim de verificar o seu desempenho no rastreamento de depressão em adolescentes e adultos jovens. Os resultados demonstraram que a escala apresenta validade em relação ao conteúdo e construto; entretanto, no que se refere ao critério, não foi bem estabelecida. Além disso, observou-se uma superestimação de casos indicativos de sintomas depressivos (SILVEIRA; JORGE, 2000).

Posteriormente, outro estudo foi realizado para verificar aspectos psicométricos da CES-D quando aplicada em idosos. Obteve-se consistência interna de 0,86. Quando comparada à Escala de Depressão Geriátrica verificou-se que a

CES-D, novamente, superestimou a porcentagem de pessoas com indicativo de depressão (EDG= 15%; CES-D = 33,8%) (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2007).

Pesquisa realizada em Minas Gerais procedeu à análise de variáveis psicométricas da CES-D em idosos, dando continuidade ao trabalho anterior. Os autores afirmam que a escala apresentou consistência interna satisfatória, bem como validade do construto e reprodutibilidade do teste-reteste. Entretanto, afirmaram que novos estudos devem ser realizados em diferentes populações idosas, para o aprofundamento de conhecimentos relativos aos valores de referência e às variações de estruturas fatoriais (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010).

Outro instrumento amplamente utilizado para o rastreio de sintomas indicativos de depressão é a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG-15). A escala original, elaborada por Sheik e Yasevage em 1983, é composta por 30 questões. A partir desta selecionou-se os itens que apresentavam maior correlação com os sintomas sugestivos de depressão para a confecção da escala abreviada. Essa escala apresentou acurácia diagnóstica satisfatória, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

No Brasil, a validação da EDG-15 em uma amostra de idosos que frequentavam a Unidade de Idosos (UNID) do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, identificou para o ponto de corte 5/6 (não caso/caso) sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Outro estudo realizado para validação da escala, em um ambulatório geral, também verificou que a EDG-15 é um instrumento válido para o rastreamento de depressão em idosos com o mesmo ponto de corte do autor acima referido (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

A EDG-15 é um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo por ser de fácil aplicação e demonstrar evidências na literatura científica sobre sua validade para rastreio de quadros depressivos (PINHO, 2010). Esta escala oferece boa aceitação por parte dos entrevistados; é um método rápido, de baixo custo e que pode ser replicado em outros ambientes, como nos domicílios e na Estratégia Saúde da Família (ESF) (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Por se tratar de um instrumento que pode ser aplicado por qualquer profissional da Atenção Básica, entrevistadores leigos (desde que treinados) ou

mesmo ser auto-aplicável, com vistas a identificar idosos com sintomatologia depressiva, o Ministério da Saúde recomenda sua utilização (BRASIL, 2006).

Mediante aos fatos apresentados e considerando que a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada é específica para o rastreio de sintomas indicativos de depressão no idoso, optou-se por sua utilização neste estudo.

As Escalas de Depressão Geriátrica são ferramentas úteis que podem contribuir para o rastreio da depressão entre idosos, possibilitando o início do tratamento e melhoria na qualidade de vida dessa população (FERRARI; DALACORTE, 2007; LUPTAK et al., 2008).

### **1.2.6 Tratamento da depressão**

Apesar de a depressão ser considerada uma doença grave, apenas 30% dos casos mundiais recebe tratamento adequado (WHO, 2001).

O tratamento para a depressão subdivide-se em dois grupos principais: o biológico, composto pela farmacoterapia, eletroconvulsoterapia (ECT), estimulação magnética transcraniana e o grupo não biológico, incluindo a psicoterapia (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Importante ressaltar que o tratamento da depressão tem por objetivo eliminar os sintomas, prevenir recaídas ou recorrências, o agravamento de outras morbidades presentes, suicídio, melhorar a função cognitiva e funcional e colaborar para que os pacientes lidem melhor com suas dificuldades (FRANK; RODRIGUES, 2006; BRASIL, 2006).

O emprego de farmacoterápicos deve ser pautado nas características do quadro depressivo, nos prováveis efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos associados, presença ou não de terapias complementares, tolerabilidade, custo, entre outras particularidades do paciente (SOUZA, 1999).

A seguir, estão descritas as principais classes de farmacoterápicos utilizados para o tratamento da depressão (Quadro 2).

Quadro 2 - Principais antidepressivos utilizados na prática clínica.

<b>Antidepressivos</b>	<b>Dose inicial (mg/dia)</b>	<b>Dose terapêutica - máxima</b>
<b>Tricíclicos</b>		
Amitriptilina	25	75-300
Imapramina	25	50-300
Nortriptilina	25	50-200
Clomipramina	25	75-300
<b>Inibidores seletivos da recaptura da serotonina</b>		
Fluoxetina	20	20-80
Paroxetina	20	20-80
Sertralina	50	50-300
Citalopram	20	20-80
<b>Inibidores da monoaminoxidases (IMAOs)</b>		
Tranilcipromina	20	20-60
Fenelzina	30	30-90
Moclobemida	300	300-600

Fonte: Adaptado de Brunoni, 2008.

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) caracterizam-se pela estrutura formada por três anéis, denominados ADTs clássicos; ou aqueles que apresentam um, dois e quatro anéis, denominados ADTs relacionados (MOTTRAM; WILSON; STROBL, 2010).

Embora os ADTs sejam amplamente utilizados e considerados como padrão-ouro no tratamento da depressão, apresentam diversos efeitos colaterais. Entre eles os cardiovasculares são extremamente relevantes, pois retardam a condução cardíaca intraventricular, causam arritmias e aumentam a frequência cardíaca em repouso. Em idosos que apresentam comorbidades clínicas o seu uso é limitado (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; SCALCO, 2002).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) atuam inibindo seletivamente a recaptação deste neurotransmissor que, quando em níveis reduzidos, pode causar a depressão (MOTTRAM; WILSON; STROBL, 2010).

Em idosos o uso de ISRS no tratamento da depressão tem se mostrado eficaz. Por apresentarem menos efeitos colaterais que os tricíclicos, em diversos casos, são considerados como primeira escolha (SCALCO, 2002).

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) referem-se a uma classe de medicamentos destinados a inibir a monoamina oxidase, resultante do acúmulo de neurotransmissores amina (MOTTRAM; WILSON; STROBL, 2010). No tratamento de idosos apresentam como principais efeitos colaterais hipotensão ortostática, diarreia, edema periférico, taquicardia e ansiedade. Além disso, existe o risco de crises hipertensivas por interação com alguns alimentos e medicações simpatomiméticas, o que pode limitar seu uso nessa população (SCALCO, 2002).

Outra classe de medicamentos que tem sido utilizada, principalmente, nos casos de depressão refratária, são os antipsicóticos atípicos, como o haloperidol. Estes atuam, predominantemente, no bloqueio de receptores dopaminérgicos. Os benefícios no tratamento de transtornos de humor devem-se, provavelmente, a sua ação nos receptores serotoninérgicos, atuando nos sintomas residuais da depressão e ansiedade (SARIN; DEL PORTO, 2009).

A ECT, outro método empregado no tratamento da depressão, refere-se à indução de uma convulsão com objetivo terapêutico, por meio da administração de estímulo elétrico de frequência variável para o cérebro através de eletrodos aplicados ao couro cabeludo (ANTUNES et al., 2009).

Este procedimento deve ser realizado em ambiente hospitalar e sob anestesia. Os principais efeitos colaterais, em curto prazo, são sonolência, agitação e confusão mental, que pode desaparecer em 30 minutos. Em médio prazo, pode ocorrer amnésia retrógrada. Antes de iniciar o procedimento deve-se verificar a pressão arterial, a fim de descartar a possibilidade de hipertensão intracraniana. A presença de acidente vascular cerebral nos últimos seis meses, ou infarto agudo do miocárdio nos últimos três contra-indica a ECT (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Recomenda-se a ECT periódica (de manutenção) aos pacientes que tenham apresentado boa resposta ao tratamento realizado na fase aguda da doença e em casos em que não houve resposta satisfatória ao tratamento medicamentoso. Normalmente, recomenda-se um ou dois tratamentos com ECT por mês (BAUER et al., 2009), com variação de seis a doze sessões (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Já a estimulação magnética transcraniana, trata-se de uma técnica não-invasiva que modula a excitabilidade do cérebro e, conseqüentemente, produz a excitabilidade em diferentes áreas corticais, promovendo, assim, uma melhora dos sintomas depressivos (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Quanto à psicoterapia, é utilizada como auxílio terapêutico no tratamento da depressão e auxilia o indivíduo com sintomas depressivos a lidar com as adversidades do cotidiano e a buscar reforços positivos no ambiente social (SCHESTATSKY; FLECK, 1999).

Existem três tipos de terapias recomendadas, as quais serão descritas a seguir.

Terapia Cognitivo-comportamental, que tem como finalidade ajudar as pessoas deprimidas a entenderem e modificarem seus pensamentos, principalmente

no que diz respeito aos sentimentos que podem afetar o comportamento, causando a desesperança, idéias suicidas, baixa auto-estima e baixa capacidade de resolução de problemas (FUNELL, 2010).

Terapia Interpessoal, que visa à melhoria das habilidades interpessoais e de papéis sociais. Ajuda o idoso a lidar com as emoções e com o processo de transição de papel social (FUNELL, 2010).

Já a Terapia Analítica cognitiva é breve e prioriza o enfrentamento dos problemas rotineiros. É uma terapia de resolução de problemas, comumente utilizada em idosos, contribuindo para que o mesmo supere situações de estresse e solucione problemas considerando o contexto social (FUNELL, 2010).

A psicoterapia contribui para a compreensão da depressão pelo idoso, facilitando a adesão aos tratamentos biológicos propostos. Normalmente, atua sobre as alterações do humor favorecendo a melhora do ânimo e da vontade de viver. Salienta-se que, caso seja confirmado o diagnóstico de depressão, o tratamento farmacológico não está dispensado em detrimento da psicoterapia (FRANK; RODRIGUES et al., 2006; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). A associação entre os diversos tipos de tratamento aumenta a chance de resposta à terapêutica (FRANK; RODRIGUES et al., 2006).

O tratamento adequado da depressão irá minimizar ou, preferencialmente, solucionar a presença dos sintomas nos idosos, prevenindo a recorrência da doença e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dessa população e reduzindo os gastos dos serviços de saúde (PORCU et al., 2002a).

### **1.2.7 Repercussões da depressão no idoso**

Entre idosos, os casos de depressão destacam-se devido sua alta prevalência e por suas conseqüências, que podem produzir efeitos negativos e prejudicar a qualidade de vida dos acometidos, acarretando prejuízos físicos, psicológicos e sociais (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; BENEDETTI et al., 2008; ROCHA; FLECK, 2010).

A depressão interfere nos sentimentos, pensamentos, funcionamento do corpo, na capacidade de lidar com as decisões e dificuldades enfrentadas diariamente (CUNHA et al., 2004).

Além disso, a depressão em idosos implica em preocupação aos profissionais de saúde e do serviço social, por estar associada ao aumento da mortalidade, pior qualidade de vida e maior dependência social (FUNNEL, 2010).

A falta de diagnóstico e tratamento adequado geram perdas sociais e econômicas ao idoso, à família, à sociedade e aos serviços de saúde. As pessoas com depressão podem apresentar diminuição da produtividade, perda do emprego, aumento do número de incapacidades e, inclusive, mortalidade precoce (FRANK; RODRIGUES, 2006; FUNNEL, 2010; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006).

O suicídio é uma questão importante no que se refere ao idoso, pois se estima que cerca de 7% dos acometidos por depressão apresentam ideação suicida (FUNNEL, 2010).

Observa-se que a depressão tende a predominar entre as mulheres, e que a viuvez associa-se com a presença de sintomas depressivos, com prevalência de 10% a 20% no primeiro ano após a perda do cônjuge (FRANK; RODRIGUES, 2006; MACIEL; GUERRA, 2006).

No Brasil, pesquisadores verificaram associação positiva entre depressão e o número de doenças crônicas, maior que três. Entre as morbidades que se relacionaram com a presença de depressão observou-se o Parkinson, a incontinência urinária, a obstipação intestinal e a hipertensão arterial (DUARTE; REGO, 2007).

Morbidades como o diabetes mellitus, problemas musculoesqueléticos e alterações visuais também foram referidas por idosos, no estado da Paraíba, que apresentavam sintomatologia depressiva (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

O Quadro 3 apresenta a frequência da depressão associada a morbidades em idosos.

Quadro 3 - Frequência de depressão associada à doença clínica.

<b>Doença Clínica</b>	<b>Frequência (%)</b>
Diabetes mellitus	8 a 28
Doença de Alzheimer	15 a 57
Doença de Parkinson	20 a 70
Doença arterial coronariana	23
Câncer	11
Acidente vascular encefálico	26 a 54
Esclerose múltipla	27 a 54
Infarto agudo do miocárdio	45
Hipotireoidismo	50

Fonte: Adaptado de Frank e Rodrigues, 2006.



Outros estudiosos sobre o tema citam que existe associação entre depressão e funcionalidade, incapacidade funcional e qualidade de vida do idoso (FRANK; RODRIGUES, 2006; NOEL et al., 2004).

O projeto EPIDOSO, realizado em São Paulo, e o Estudo Nacional sobre Saúde e Envelhecimento no México (ENASEM), evidenciaram que há uma tendência crescente no número de idosos deprimidos que passam do grupo independente para aquele com uma ou mais dependência, em relação ao desempenho das atividades diárias (FUNES et al., 2007; LIMA; SILVA; RAMOS, 2009).

Estudo conduzido na região nordeste do Brasil, com idosos residentes na zona urbana, verificou prevalência de sintomatologia depressiva de 25%. A idade maior que 75 anos, o analfabetismo e a dependência para realização de atividades instrumentais diárias, associaram-se positivamente com o indicativo de depressão (MACIEL; GUERRA, 2006).

Pesquisas internacionais demonstram que entre idosos residentes na zona rural, existe uma associação significativa entre depressão ou presença de sintomas depressivos e, ser do sexo feminino, baixa renda, presença de morbididades, viver sozinho, contato limitado com a família ou isolamento social, apresentar declínio cognitivo e incapacidade funcional (CHEN et al., 2005; GAO et al., 2009, GUERRA et al., 2009).

Sugere-se que em áreas rurais, as opções limitadas de cuidados de saúde ou falta de apoio social, podem favorecer dificuldades adicionais na rotina diária de idosos que vivem sozinhos, colaborando para o aparecimento de sintomas depressivos (GAO et al., 2009).

No Brasil, os estudos que investigam a depressão em idosos, tendem a serem realizados em ambientes urbanos, asilos, centros de convivência, ambulatórios ou hospitais (LIMA; SILVA; RAMOS, 2009; GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010; VIVAN, ARGIMON, 2009; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; PORCU et al., 2002b), sendo esta temática pouca explorada no contexto rural.

Diante disso, surgiram questionamentos a respeito da prevalência de indicativos de depressão e o perfil da população idosa que reside na zona rural, e ainda, quais os fatores que poderiam contribuir para presença de sintomas depressivos nessa população.

Na zona rural, os aspectos culturais, referentes às crenças, linguagem, vivência religiosa, formas de lidar com a doença e a dor, influenciam sobremaneira no comportamento do idoso, no que condiz à saúde e cuidado pessoal. Dessa forma, os profissionais devem estabelecer suas estratégias de ação com vistas às necessidades da população. Assim, devem trabalhar integrados à comunidade, respeitando seus valores culturais e crenças e mantendo uma postura horizontal em relação às práticas de saúde para conseguirem atingir seus objetivos (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Observa-se que no contexto rural, muitas vezes, a falta de transporte pode dificultar o acesso da comunidade aos serviços de saúde, visto que, muitas pessoas que não possuem transporte próprio precisam caminhar longas distâncias para realizar consultas e dar seguimento ao tratamento. Além disso, as atividades como realização de grupos ficam prejudicadas, pois dependem da disponibilidade de tempo das pessoas da comunidade, que geralmente estão envolvidas em algum tipo de atividade no ambiente agrícola (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Considerando que, as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde apresentam alguns desafios a serem enfrentados, como a distância dos domicílios da unidade de saúde, as dificuldades de adesão às consultas e baixa adesão da população em grupos de saúde; por vezes, a identificação de sintomas depressivos pode ficar aquém das necessidades reais e inviabilizar uma intervenção precoce.

Pensando nas peculiaridades existentes na zona rural, o profissional de saúde deve refletir sobre o envelhecer e sua qualidade nesses idosos; e como poderá estruturar ações que oportunizem melhores condições de saúde e de vida para essas pessoas (CONTE; SOUZA, 2009).

Nesse sentido, o conhecimento sobre a depressão em idosos, bem como os fatores a ela associados, é fundamental para o planejamento de estratégias de ação, pois pode corroborar para a diminuição das internações hospitalares e do uso de medicamentos, minimizar as chances de desenvolver a incapacidade funcional e reduzir os gastos sanitários (MACIEL; GUERRA, 2006).

Estudo sugere que, a investigação de fatores que possam relacionar-se com a manifestação de sintomatologia depressiva como, o perfil sociodemográfico e econômicos e a situação de saúde, faz-se primordial, especialmente no âmbito da comunidade e atenção básica de saúde (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Nesse sentido, com a realização desse estudo, pretende-se contribuir para o conhecimento do perfil sociodemográfico e econômico, bem como a situação de saúde dos idosos residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, sob a perspectiva da identificação de indicativo de depressão. Desse modo, pode-se oferecer subsídios para a implementação de estratégias de ação voltadas para a prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação do idoso com depressão.

## **2 HIPÓTESE**

O indicativo de depressão entre idosos, residentes na zona rural, está associado à maior faixa etária, ao sexo feminino, a baixa escolaridade e renda, ao maior número de incapacidade funcional e de morbididades.

### 3 OBJETIVOS

1. Verificar a prevalência de idosos com indicativo para depressão, segundo sexo e faixa etária;
2. Descrever o perfil sociodemográfico e econômico, as morbidades autorreferidas e a capacidade funcional dos idosos com e sem indicativo de depressão;
3. Comparar os idosos com e sem indicativo de depressão, quanto ao perfil sociodemográfico, econômico, número de morbidades autorreferidas e de incapacidade funcional;
4. Verificar os fatores sociodemográficos, econômicos, número de morbidades autorreferidas e de incapacidade funcional associados com o indicativo de depressão.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo serão apresentados de acordo com os seguintes itens: *tipo de estudo; local do estudo; critérios de inclusão; critérios de exclusão; população; constituição dos grupos; método para coleta dos dados; instrumentos da coleta de dados; variáveis de estudo; processamento de dados; análise estatística e aspectos éticos.*

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, tipo inquérito domiciliar, descritivo, transversal e observacional, denominado Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba\* A presente investigação foi delimitada como um estudo analítico, transversal e observacional.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG, constituída por três distritos sanitários (DS) que compõe as seguintes áreas de abrangência: Ponte Alta e Peirópolis (DSI), Baixa/Capelinha e Borgico/Calcário (DSII) e Santa Rosa (DSIII). Destaca-se que todas as áreas de abrangência possuem cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; morar na zona rural do município de Uberaba-MG; ambos os sexos; não possuir declínio cognitivo e concordar participar da pesquisa.

---

\*TAVARES, D.M.S; RESENDE, L.R.; MACHADO, A.R.M.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M.F.; FERREIRA, P.C.S.; MARTINS, N.P.F. **Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba**. 2010.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de exclusão: possuir declínio cognitivo, mudança de endereço, estar hospitalizado, ter ido a óbito; não ser encontrado na residência após três tentativas do entrevistador ou recusar a participar da pesquisa.

#### 4.5 POPULAÇÃO

A população foi composta por todos os idosos cadastrados pelas ESFs, residentes na zona rural do município de Uberaba. Cada ESF ofereceu uma lista contendo o nome e o endereço dos idosos cadastrados, totalizando 1297 habitantes, assim distribuídos:

Quadro 4 - Distribuição dos idosos residentes da zona rural de Uberaba, cadastrados na ESF, por área de abrangência e sexo. Uberaba, 2010.

<b>ESF</b>	<b>Distrito Sanitário</b>	<b>População Feminina</b>	<b>População Masculina</b>	<b>Total</b>
Borgico/Calcário	II	23	44	67
Baixa/Capelinha	II	173	227	400
Santa Rosa	III	153	223	376
Ponte Alta/Peirópolis	I	231	223	454
Total		580	717	1.297

Fonte: Equipes de Saúde da Família da zona rural de Uberaba, Uberaba-MG, 2010.

Dos 1297 idosos cadastrados nas ESFs, foram excluídos da pesquisa 447, dos quais, 117 (9%) tinham mudado de endereço, 105 (8,1%) apresentaram declínio cognitivo, 75 (5,8%) recusaram participar, 57 (4,4%) não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 (3,8%) tinham ido a óbito, 3 (0,2%) encontravam-se hospitalizados e 79 (6,1%) devido a outros motivos, como residir na cidade. Desse modo, participaram do presente estudo 850 idosos.

#### 4.6 CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS

A partir dos dados coletados foram constituídos dois grupos, conforme pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, denominados:

- Idosos sem indicativo de depressão: composto por 663 idosos que obtiveram pontuação menor ou igual a cinco;

- Idosos com indicativo de depressão: composto por 187 idosos que obtiveram pontuação maior que cinco.

#### 4.7 MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas por 14 entrevistadores, que foram treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados, a forma de abordar o entrevistado e sobre as questões éticas relacionadas à pesquisa. Foram realizadas reuniões periódicas entre os supervisores de campo (docentes e mestrandos da UFTM, os quais eram integrantes do Núcleo de Pesquisa e Saúde Coletiva e responsáveis pela pesquisa) e os entrevistadores para orientações e resolução de possíveis dificuldades.

Os dados foram coletados entre junho de 2010 e março de 2011, sendo as entrevistas realizadas na residência do idoso, seguindo como referencial as listas disponibilizadas pelas ESFs. Considerando-se que poderia haver algum tipo de dificuldade por parte do idoso para realização da leitura ou compreensão das questões do questionário, optou-se por realizar a entrevista direta, ainda que os instrumentos pudessem ser auto-aplicáveis.

Durante a entrevista o entrevistador foi orientado a atentar-se para alguns cuidados como, dirigir a pergunta ao idoso, a fim de não interferir na resposta. Caso o idoso tivesse alguma dúvida, o entrevistador apenas repetiria a pergunta sem alterar o seu conteúdo. Quando o idoso não quis, ou não soube responder a algum item do instrumento, foi colocado o código (99).

As entrevistas realizadas foram revisadas pelo supervisor de campo e, quando houve questões incompletas ou inconsistentes, foram devolvidas ao entrevistador que entrou em contato com o idoso para o preenchimento adequado.

#### 4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

- *Perfil sociodemográfico e econômico*: Utilizou-se parte do questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University (1978) e adaptado no Brasil por Ramos (1987), sendo denominado Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ). Foram



selecionados os itens: sexo; faixa etária; estado conjugal; renda individual mensal e escolaridade (ANEXO A).

- *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*: Este instrumento foi utilizado para a avaliação cognitiva do idoso, que se constitui em um dos critérios de inclusão. O MEEM (ANEXO B) foi proposto por Folstein (1975) e adaptado à realidade brasileira por Bertolucci (1994). É composto por questões que totalizam 30 pontos e que abrangem orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial (BERTOLUCCI et al., 1994). O ponto de corte foi considerado de acordo com a escolaridade do idoso, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Pontuação de corte para declínio cognitivo, conforme pontuação no MEEM considerando o nível de escolaridade.

<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	<b>Pontuação MEEM</b>
Analfabetos	≤ 13
1 a 11	≤ 18
> 11	≤ 26

Fonte: Bertolucci, 1994.

- *Morbidades autorreferidas*: Os dados referentes às morbidades autorreferidas foram retirados do questionário OARS, composto por 26 itens em que se avalia se o indivíduo apresenta a morbidade (RAMOS, 1987) (ANEXO C).
- *Índice de Katz*: Avalia a capacidade funcional do idoso, no que se refere às atividades básicas da vida diária (ABVDs). Este instrumento foi validado no Brasil por Lino (2008), sendo composto por questões que envolvem habilidades relacionadas ao auto cuidado, e avalia a realização de atividades básicas da vida diária (ANEXO D). Ressalta-se que a incapacidade funcional refere-se à inabilidade de executar tarefas cotidianas e que, geralmente, são indispensáveis para manter a independência do idoso (ALVES et al., 2007). Para cada questão, a primeira e segunda respostas denotam independência e a terceira resposta designa dependência. Ao final, o idoso é classificado em: independente para as seis funções; dependente em uma função; dependente em duas funções; dependente em três funções; dependente em quatro funções; dependente em cinco funções; dependente em seis funções (LINO et al., 2008).
- *Escala de Lawton e Brody*: Esta escala, composta por nove itens (ANEXO E), avalia a capacidade funcional do idoso quanto ao desempenho de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Utilizou-se o instrumento proposto por

Lawton e Brody e, adaptado no Brasil, por Freitas e Miranda (2006). O idoso foi classificado em independente, quando conseguia realizar a AIVD sem ajuda ou com ajuda parcial, e como dependente quando não conseguia realizar a atividade.

- *Escala de Depressão Geriátrica Abreviada*: Nesta pesquisa, utilizou-se a escala proposta por Yesavage e colaboradores (1986) e adaptada no Brasil por Frank e Rodrigues (2006) (ANEXO F). Utilizada para rastreio de depressão, é constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não) e com escore que pode variar de zero a 15 pontos. Considerou-se indicativo de depressão quando o escore foi superior a cinco pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

#### 4.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- *Indicativo de depressão*: sim, não.
- *Perfil sociodemográfico e econômico*: sexo (masculino e feminino); faixa etária, em anos (60|-70, 70|-80 e 80 ou mais); estado conjugal (nunca se casou ou morou com companheiro(a); mora com esposo(a) ou companheiro(a); viúvo(a); separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a); ignorado); renda individual mensal, em salário mínimo (não tem renda, <1, 1, 1|-3, 3|-5, 5 ou mais); escolaridade, em anos de estudo (analfabetos, 1|-4, 4|-9, 9 ou mais).
- *Morbidades autorreferidas*: reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, hipertensão arterial, má circulação, problemas cardíacos, diabetes mellitus, obesidade, acidente vascular encefálico, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problema de visão.
- *Número de morbidades autorreferidas*: nenhuma, 1 |- 4, 4 |- 7, 7 ou mais.
- *Capacidade funcional*: ABVDs (banhar-se, vestir-se, higienizar-se, mobilizar-se, ter controle sobre as eliminações e alimentar-se); AIVDs (usar o telefone, fazer compras, ir para locais distantes, fazer suas refeições, arrumar a casa, realizar trabalhos manuais domésticos, lavar e passar, tomar remédios adequadamente e cuidar das finanças).

- *Número de incapacidade funcional*: ABVDs (nenhuma, 1 |-4, 4 ou mais), AIVDs (nenhuma, 1 |-4, 4 ou mais).

#### 4.10 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram digitados em dupla entrada, em banco de dados eletrônico, no programa Excell<sup>®</sup>. Posteriormente, verificou-se a consistência dos dados entre as duas bases; no caso de dados inconsistentes a entrevista original foi retomada e, assim, realizadas as correções pertinentes.

#### 4.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados da planilha Excell<sup>®</sup> foi transportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

Para atender ao primeiro objetivo, calculou-se a taxa de prevalência, obtida segundo a fórmula:

$$\frac{\text{número de casos existentes em dado local/momento/período} \cdot 10^n}{\text{População do mesmo local e período}}$$

A taxa de prevalência representa a proporção de pessoas com determinada característica de saúde em um dado momento temporal, sendo aplicável em estudos transversais e observacionais (AGUIAR, 2007).

No segundo objetivo, as variáveis categóricas foram analisadas por meio da estatística descritiva em frequência simples.

Para responder ao terceiro objetivo, que comparou as variáveis categóricas (sexo, faixa etária, estado conjugal, renda individual mensal, escolaridade, número de incapacidade funcional e de morbidades) com o indicativo ou não de depressão, utilizou-se o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Considerou-se significativo quando  $p < 0,05$ .

Para alcançar o quarto objetivo realizou-se, inicialmente, análise bivariada. Para a associação das variáveis categóricas (sexo, faixa etária, estado conjugal, renda individual mensal, escolaridade) com a variável indicativo de depressão,

aplicou-se o teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Nesta fase, as seguintes variáveis foram recategorizadas, a fim de torná-las dicotômicas: faixa etária (60 | 70 - sim ou não; 70 | 80 - sim ou não; 80 ou mais - sim ou não), estado conjugal (sem ou com companheiro), renda (sem renda - sim ou não; até 1 salário - sim ou não; maior que um salário - sim ou não), escolaridade (sem ou com). As variáveis: número de morbidades e de incapacidade funcional foram consideradas numéricas; sendo aplicado o teste t-student.

O nível de significância ( $\alpha$ ) foi de 0,10 e os testes foram considerados significativos quando  $p < \alpha$ . As variáveis que atenderam a este critério ( $p < 0,1$ ) foram submetidas à análise multivariada por meio do modelo de regressão logística.

Para o modelo multivariado, considerou-se variável independente o indicativo de depressão; e como variáveis dependentes sexo, faixa etária, estado conjugal, renda, escolaridade, número de incapacidade funcional e de morbidades. O nível de significância ( $\alpha$ ) foi de 0,05 e os testes foram considerados significativos quando  $p < \alpha$ .

#### 4.12 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer N° 1477 (ANEXO G). Os idosos foram contatados no domicílio; e lhes foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, procedeu-se a entrevista. Salienta-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba autorizou a coleta de dados em parceria com a Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados conforme os seguintes tópicos: *Prevalência dos idosos com indicativo de depressão segundo sexo e faixa etária; Caracterização e comparação dos idosos com e sem indicativo de depressão e Fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural.*

### 5.1 PREVALÊNCIA DOS IDOSOS COM INDICATIVO DE DEPRESSÃO SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA

Entre os 850 idosos entrevistados, a prevalência de indicativo de depressão representou 22,0%. No Brasil, investigações conduzidas em Santa Catarina (16,4%), entre os idosos que residiam na zona rural (PEREIRA, 2005) e no Rio Grande do Sul (2,3%), com idosos das zonas urbana e rural (ROSA, 2007), apresentaram prevalência inferior. Em pesquisa realizada com idosos residentes na zona rural da Espanha, obteve-se percentual semelhante ao desse estudo (23,6%) (TORIJA et al., 2007) e na China verificou-se resultado superior (30,8%) (GAO et al., 2009).

Os estudos sobre a prevalência de indicativo de depressão na comunidade apresentam variabilidade nos resultados obtidos. O que talvez possa ser explicado pela escolha do instrumento, o ponto de corte para determinar o não caso/caso de indicativo de depressão, além das características peculiares de cada população (HOFFMANN et al., 2010).

De acordo com dados da PNAD, a prevalência de depressão entre os idosos brasileiros, considerando as zonas urbana e rural, é de 9,2 % (IBGE, 2010), inferior ao obtido na presente pesquisa. Contudo, os dados da PNAD são obtidos pelo autorrelato do idoso; o que pode ter contribuído para a subdiagnóstico dos possíveis casos de depressão e, estar relacionado com a menor prevalência de indicativo de depressão quando comparado ao presente estudo.

Apesar de se tratar de uma doença potencialmente incapacitante, a depressão entre idosos ainda é tratada como uma doença individual, não recebendo a atenção como um agravo de saúde coletiva (OPAS, 2009).

No âmbito da saúde pública, a consolidação da Política de Saúde Mental enfrenta diversos impasses. Na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, verificam-se ações escassas na área da saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O estigma social associado à depressão leva o idoso a não mencionar o problema aos profissionais de saúde (BRASIL, 2006). Esses fatores irão refletir no subdiagnóstico e subtratamento da depressão, uma vez que cerca de 50% a 60% dos casos não são identificados pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

A abordagem efetiva dos problemas relacionados à saúde mental, pelos profissionais da atenção básica, favorece a articulação entre recursos comunitários e intersetoriais, afastando-se das ações com foco no modelo de queixa-conduta. Conhecer as condições socioculturais, os recursos da comunidade e da família, tornam-se necessários para enfrentar os problemas que vão além das questões biológicas, como no caso dos transtornos mentais, incluindo a depressão (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Salienta-se que, em muitas situações, a realidade dos idosos residentes na zona rural é permeada pelo isolamento, limitações de transporte e distância dos recursos sociais e de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008), o que pode dificultar a detecção precoce da doença e início do tratamento.

Nesse sentido, é relevante a atuação da ESF na avaliação e acompanhamento dos idosos na zona rural, destacando-se a realização de visitas domiciliares. Contudo, a falta de transporte disponível para a equipe pode dificultar a adequada realização desta atividade (COTTA et al., 2006).

Melhorias nos arranjos organizacionais dos serviços de saúde, como viabilizar meio de transporte à ESF, estabelecer um sistema de referência aos níveis de atenção secundária e terciária, quando necessário, e a realização do acolhimento eficaz, são imprescindíveis para propiciar aos idosos que residem no meio rural a obtenção de cuidados voltados à saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O reconhecimento precoce dos sintomas relacionados à depressão é fundamental para que os profissionais de saúde possam estabelecer ações que possibilitem ao idoso manter a autonomia e independência. Ressalta-se que a depressão é passível de tratamento, incluindo diversas opções terapêuticas. Desse modo, as atividades a serem desenvolvidas pela equipe devem favorecer ao idoso manter-se ativo, capaz de interagir com outras pessoas, assumir responsabilidades e sentir-se satisfeito (NARDI; ANDRADE, 2005).

O enfermeiro deve responsabilizar-se por realizar a detecção precoce dos sintomas relacionados à depressão; o que pode ser realizado durante a consulta de enfermagem, em visitas domiciliares e, ainda, por meio do emprego de escalas de rastreio. Uma vez identificados os casos indicativos de depressão, deve-se encaminhá-los para avaliação médica e confirmação diagnóstica. Além disso, é possível a realização de práticas de educação em saúde, inserindo o idoso e a família no processo de tratamento e reabilitação. Grupos terapêuticos também podem propiciar melhorias na socialização e favorecer o vínculo entre os profissionais, o idoso e os familiares, contribuindo para a efetivação terapêutica.

A prevalência de indicativo de depressão foi superior entre as mulheres (14%) em relação aos homens (8%), o que corrobora com outros estudos internacionais realizados com idosos residentes na zona rural (JOHN; BLANDFORD; STRAIN, 2006; TAHIRI et al., 2009).

A maior prevalência de indicativo de depressão entre as mulheres idosas pode estar relacionada a fatores como alterações hormonais que ocorrem no climatério. Além de abranger aspectos sociais e emocionais (POLISSENI et al., 2009) como dificuldades financeiras, vivência do luto e falta de apoio familiar e de relações intrapessoais (BRASIL, 2006).

Salienta-se que o climatério é um período natural da vida da mulher; e não uma doença. Entretanto, algumas podem apresentar sintomas, relacionados a essa fase, que variam em intensidade e diversidade, requerendo tratamento. Nesses casos, não apenas fatores endócrinos podem estar envolvidos, mas também questões de âmbito histórico-culturais e crenças, de que distúrbios de comportamento, poderiam estar relacionados ao trato reprodutivo (BRASIL, 2008).

Durante o climatério, diversos aspectos contribuem para a manifestação de sintomas depressivos, como a diminuição da auto-estima, a irritabilidade, a redução da concentração, da memória e da libido (BRASIL, 2008).

Esses sintomas podem representar uma expressão afetiva relacionada a esse momento, em que é comum a saída dos filhos de casa, a aposentadoria, desgaste do relacionamento conjugal, além das transformações físicas, em que a mulher percebe a perda da juventude. Desse modo, essa fase requer acompanhamento sistemático do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde, com vistas à promoção da saúde, detecção e tratamento de agravos e prevenção de danos (BRASIL, 2008), como por exemplo, a depressão.

Ressalta-se, ainda, o estigma à especialidade psiquiátrica que, muitas vezes, dificulta que a pessoa procure por ajuda da equipe de saúde enquanto apresenta sintomas da depressão, leve a moderado (POLISSENI et al., 2009).

O enfermeiro deve avaliar a presença de sintomas depressivos entre as mulheres idosas e considerar suas queixas, a fim de identificar os fatores causais que podem estar relacionados ao desencadeamento da doença para, assim, intervir nestes fatores, além de favorecer o tratamento precoce das pessoas acometidas.

É importante destacar que, na zona rural, as mulheres passam grandes períodos do dia sozinhas, devido à ausência dos filhos, que não raro, procuram a cidade em busca de melhores condições de estudo, oportunidades de trabalho e lazer. Os maridos também costumam manter a atividade profissional voltada para o campo, mesmo após a aposentadoria.

O enfermeiro deve identificar atividades que sejam de interesse das mulheres idosas que residem na zona rural. A partir de então, especialmente no âmbito da atenção primária à saúde, podem ser elaboradas ações que estimulem as idosas a realizarem atividades que as mantenham ativas, fortaleçam a rede de apoio e que levem à satisfação pessoal.

Na zona rural investigada observou-se, durante a coleta de dados, que a presença de cooperativas contribui para a socialização das idosas participantes e leva à satisfação pessoal, por se sentirem valorizadas. Nessas cooperativas, as mulheres realizam atividades artesanais como bordados e crochê, além da produção de doces caseiros e queijos que, posteriormente, são vendidos na própria comunidade e na cidade. Contudo, a distância entre o local em que são desenvolvidas as atividades e os domicílios das idosas, pode ser um fator que dificulta o acesso de maior número de pessoas.

A prevalência de indicativo de depressão foi maior entre os idosos com 60 |70 anos (12,9%) em relação àqueles entre 70 |80 anos (6,2%) e 80 ou mais (2,9%).

Estes dados corroboram com pesquisa realizada em Minas Gerais, em que a presença de sintomas depressivos foi mais frequente entre idosos com 60 |70 anos. Destacando-se que a preocupação com filhos e netos foi uma característica relevante entre os idosos nesta faixa etária (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008). Porém, divergem de outro estudo, realizado no Canadá, em que a prevalência de indicativo de depressão entre os idosos da zona rural, foi maior entre os octogenários (TAHIRI et al., 2009).



O meio rural tem passado por transformações que advêm do processo de urbanização e, conseqüentemente, do êxodo rural. Dentre estas, cabe citar o exemplo das escolas rurais que foram fechadas em muitas localidades, fazendo com que os filhos e netos dos idosos migrassem para a cidade a fim de estudar. (MISSIO; PORTELLA, 2003).

Essas transformações fazem com que o jovem torne-se cada vez mais distante da realidade do campo, sendo desestimulado a continuar sua vida no meio rural; o que reflete em implicações para o idoso. Nesse contexto, muitas vezes, o idoso continua a trabalhar no campo, porém sem o apoio familiar, que outrora existia, a fim de propiciar melhores oportunidades aos filhos e netos na cidade (MISSIO; PORTELLA, 2003).

Em estudo realizado com idosos residentes na zona rural da China, verificou-se que entre aqueles que estavam vivenciando a chamada síndrome do ninho vazio, retratada pelo sentimento de perda dos pais ao verem seus filhos saindo de casa, houve maior número de doenças crônicas. Destacaram-se, ainda, nesse grupo, a redução da satisfação com a vida, a presença de sentimentos de desamparo e solidão, além de níveis mais altos de depressão, do que entre os que não estavam passando por esse momento (LIU; GUO, 2008).

Assim, é possível que, no presente estudo, estes fatores possam ter influenciado para a maior prevalência de indicativo de depressão entre os idosos com 60-70 anos.

Evidencia-se, então, a necessidade de maior apoio social e de ações governamentais mais efetivas às famílias que residem na zona rural, favorecendo o direito a escolha em viver no campo, porém, com condições adequadas de sobrevivência e melhores oportunidades de crescimento profissional e de qualidade de vida.

Os profissionais de saúde devem oferecer apoio aos idosos que estão passando pelo sentimento de perda, devido à saída dos filhos e netos de casa. Desenvolver atividades como grupos educativos, em que se permite aos idosos trocarem experiências e vivências, pode ajudá-los a superar essa fase.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DOS IDOSOS COM E SEM INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Na Tabela 1 estão descritas as características sócio-demográficas e econômicas dos idosos residentes na zona rural de Uberaba-MG, conforme a presença de indicativo ou não de depressão.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas e econômicas dos idosos, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011.

Variáveis	Indicativo de depressão		p		
	Sim	Não	n	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	68	36,4	381	57,5	<0,001
Feminino	119	63,6	282	42,5	
<b>Faixa etária (em anos)</b>					
60   70	110	58,8	405	61,1	0,034
70   80	52	27,8	209	31,5	
80 ou mais	25	13,4	49	7,4	
<b>Estado conjugal</b>					
Nunca se casou ou morou com companheiro (a)	11	5,9	50	7,5	0,006
Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	112	59,9	460	69,4	
Viúvo (a)	52	27,8	109	16,4	
Separado(a)/Desquitado(a)/Divorciado(a)	12	6,4	44	6,6	
<b>Renda individual mensal (em salários mínimos)</b>					
Sem renda	17	9,1	69	10,4	0,781
< 1	7	3,7	24	3,6	
1	89	47,6	320	48,3	
1   3	57	30,5	202	30,5	
3   5	14	7,5	32	4,8	
5 ou mais	3	1,6	15	2,3	
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>					
Analfabeto	59	31,6	150	22,6	0,012
1   4	59	31,6	197	29,7	
4   9	65	34,7	276	41,6	
9 ou mais	4	2,1	40	6,0	

Fonte: O autor.

Em relação aos sexos, os maiores percentuais foram para as mulheres idosas no grupo com indicativo de depressão (63,6%), e para os homens idosos entre os que não apresentaram o referido indicativo (57,5%), Tabela 1.

Há maior proporção de mulheres idosas com indicativo de depressão, comparadas aos homens ( $\chi^2=26,064$ ;  $p<0,001$ ), Tabela 1. Corroborando com estes resultados, estudos nacionais (HOFFMANN et al., 2010) e internacionais (JOHN. BLANDFORD; STRAIN, 2006; TAHIRI et al., 2009), encontraram a associação entre o indicativo de depressão e o sexo feminino. Contudo, investigação realizada na China não verificou associação entre o sexo e a presença de indicativo de depressão (GAO et al., 2009).

A depressão é relatada na literatura científica como mais frequente entre as mulheres; ainda que essa relação não esteja totalmente esclarecida (WHO, 2001). Desse modo, ações governamentais que atendam às perspectivas e as necessidades das mulheres idosas, que residem na zona rural, devem ser repensadas, de maneira a abranger os múltiplos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento; tanto no que se refere às condições físicas, quanto aos de cunho social e psicológico. Para tanto, a reorganização dos serviços e das políticas de saúde são imprescindíveis para oferecer o apoio e os subsídios necessários aos profissionais de saúde que atuam nas localidades rurais.

Por outro lado, é importante que o enfermeiro, em conjunto com os demais profissionais da equipe, esteja atento à saúde do homem idoso que vive em áreas rurais, identificando os fatores que possam culminar na presença de sintomas depressivos ou, mesmo, no diagnóstico de depressão.

Sendo assim, faz-se necessário investigar a presença de indicativo de depressão entre os homens idosos. Conhecer os fatores causais que podem desencadear a doença pode contribuir para o planejamento de intervenções, com enfoque na atenção à saúde do homem idoso que reside na zona rural. Destaca-se que no presente estudo, o indicativo de depressão entre os homens idosos correspondeu a 36,4%, Tabela 1.

Fruto dos papéis preconizados pela sociedade, o homem assumiu a função de provedor do lar e referencial de autoridade na família, reproduzindo os padrões tradicionais estabelecidos por seus pais. É notório também, que apresentam maiores dificuldades de manifestar os sentimentos e afetividade, por medo de expor suas fragilidades (SANTOS, 2006).

Devido às características socioculturais, os homens costumam rejeitar a possibilidade de adoecer e, normalmente, recorrem à ajuda de um profissional de saúde em situações que já apresentam o agravamento do quadro clínico. Somado a isso, os serviços de saúde até pouco tempo, não priorizavam ações que pudessem atender, especificamente, às necessidades do homem (BRASIL, 2008).

Esses fatores podem contribuir para que os sintomas da depressão, entre os homens idosos, passem despercebidos pelos profissionais de saúde, pela família e pelo próprio idoso. Nesse caso, a depressão pode evoluir para um quadro mais grave, considerando a inexistência de um tratamento adequado.

Entre as consequências que podem advir de um quadro depressivo sem tratamento específico, destacam-se os casos de suicídio. Salienta-se que os idosos apresentam um risco maior de cometer suicídio do que a população em geral (WHO, 2001).

Pensamentos ou atos suicidas podem ocorrer quando o idoso passa por situações adversas; como a dificuldade em aceitar a mudança de papéis sociais que lhe traziam reconhecimento e por se sentir humilhado devido à dependência física ou mental. O medo de trazer prejuízos financeiros e emocionais aos familiares, quando apresenta alguma enfermidade grave; ou ainda, quando não consegue lidar com o sentimento de perda ou luto, também podem acarretar em desequilíbrio psicológico e culminar no suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Estudo de revisão que analisou os fatores associados ao suicídio entre idosos, verificou que a depressão constitui-se no principal fator. Aqueles com idade mais avançada são os que mais pensam, tentam e executam o suicídio. As mulheres pensam e cometem mais tentativas de auto-extermínio; entretanto, os homens finalizam os pensamentos suicidas com mais frequência (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Pesquisa realizada no Sul do Brasil, que investigou os casos de suicídio em um período de cinco anos, obteve como resultados um maior percentual entre os homens agricultores ou que realizavam serviços gerais (VIANA et al., 2008).

Sendo assim, denota-se a necessidade de se programar ações que envolvam a saúde do homem idoso, vislumbrando os fatores potenciais para o desenvolvimento da depressão e de situações mais agravantes que possam culminar no suicídio.

No âmbito da saúde pública, especialmente nas equipes que atendem diretamente nas localidades rurais, é importante a criação de espaços dentro da unidade, ou em pontos estratégicos na comunidade, que viabilizem o atendimento e a inclusão do homem nas atividades de promoção da saúde e de inserção social.

Devem ser considerados, na medida do possível, os horários que sejam viáveis a essa clientela, uma vez que, mesmo nesta faixa etária, costumam manter as atividades laborais. Além disso, para as ações de educação em saúde, devem ser respeitados os hábitos culturais das comunidades e abordados temas que contemplem as necessidades de aprendizagem da saúde do homem idoso e aspectos relacionados ao contexto rural.

Referente à faixa etária obteve-se maioria entre 60 |70 anos em ambos os grupos, sendo 61,1% entre àqueles sem indicativo de depressão e 58,8% com indicativo, Tabela 1. Resultados divergentes foram verificados em Itajaí-SC, onde o percentual de idosos com indicativo de depressão foi maior entre aqueles com 80 anos ou mais, e entre os sem indicativo na faixa etária entre 70 |80 anos (PEREIRA, 2005).

Entre os idosos com 80 anos ou mais, a proporção entre aqueles com indicativo de depressão foi superior aos sem indicativo ( $\chi^2=6,767$ ;  $p=0,034$ ), Tabela 1. Dados esses, consoantes a estudo realizado com idosos das zonas rural e urbana de Taiwan ( $p<0,001$ ). Contrário a esse resultado, estudo conduzido com idosos da zona rural do Rio Grande do Sul não obteve associação entre essas variáveis ( $p=0,335$ ) (MORAIS, 2007).

Há de se considerar as questões socioculturais que permeiam o processo de envelhecimento. Aos idosos de uma forma geral, em outros tempos, eram atribuídos o poder, o respeito e a honra, principalmente, por abrigarem toda a família em suas propriedades e sob seu domínio. Contudo, com o advento da sociedade moderna, em que predominam os valores da juventude, os idosos são considerados incapazes, desprovidos de força e, muitas vezes, um peso à sociedade (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006; MARTINS; CAMARGOS; BIASUS, 2009), o que poderia contribuir para o desencadeamento de sintomas depressivos entre aqueles com 80 anos ou mais.

Destaca-se que a depressão em idosos mais velhos pode levar ao sofrimento pessoal, acarretar em maiores taxas de incapacidades e de morbimortalidades, além de sobrecarga de familiares, da sociedade e dos serviços de saúde (MORAIS, 2007).

O enfermeiro deve orientar e oferecer apoio ao idoso e a família, na tentativa de reforçar ou estabelecer as relações entre as gerações. Ao idoso deve ser oferecido o direito de possuir o seu papel como membro da família, sendo estimulado a exercer sua autonomia e independência, respeitando suas possíveis limitações.

Quanto ao estado conjugal, houve maior percentual de idosos que moram com esposo ou companheiro em ambos os grupos, sendo maior entre àqueles sem indicativo de depressão (69,4%) do que com indicativo (59,9%), Tabela 1. O maior percentual de casados está em consonância com outros estudos realizados na zona

rural, como entre os idosos com indicativo de depressão em Taiwan (64,0%) (CHIU et al., 2005) e entre àqueles sem indicativo, no Rio Grande do Sul (58,8%) (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Na comparação entre os grupos, a proporção de viúvos com indicativo de depressão foi significativamente superior aos sem indicativo ( $\chi^2=12,472$ ;  $p=0,006$ ), Tabela 1. Pesquisa realizada em Minas Gerais, com idosos da comunidade, não verificou associação entre ser viúvo e apresentar indicativo de depressão ( $p=0,682$ ) (HOFFMANN et al., 2010). Entretanto, em município predominantemente rural do Rio Grande do Sul, estas variáveis estiveram associadas ( $p=0,001$ ) (ROSA, 2007).

A vivência do luto, especialmente entre os idosos, requer processos adaptativos que, frequentemente, são acompanhados pela tristeza, problemas de saúde, alterações psíquicas e diminuição da interação interpessoal. Nesta fase da vida, muitos idosos conseguem se adaptar à nova realidade. Contudo, alguns desenvolvem formas patológicas de luto, manifestadas principalmente por doenças mentais, como a depressão (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Após o falecimento do cônjuge, pode ser que o idoso passe por situações adversas, como a presença do sentimento de perda e solidão. Em alguns casos pode optar, ou se ver obrigado, a morar com familiares, seja devido à dependência física ou por dificuldades financeiras. Essas situações podem contribuir para um desequilíbrio emocional, principalmente entre os idosos que residem em áreas rurais em que, muitas vezes, ocorre o isolamento geográfico e social, além da falta de apoio familiar, favorecendo o aparecimento de sintomas depressivos.

Nesse sentido, o enfermeiro deve oferecer apoio ao idoso que passa pela situação de perda, de modo especial àqueles que residem em locais isolados e que não contam com osuporte familiar. Deve estimular o autocuidado e propiciar atividades, como grupos de dança, de ginástica ou de terapia, que oportunizem a socialização e a manutenção da qualidade de vida.

A maior frequência de episódios depressivos entre os viúvos pode envolver, também, questões que vão além da falta de um companheiro; como por exemplo, problemas financeiros e menor bem-estar psicológico (CHIU et al., 2005).

Em pesquisa realizada em Taiwan, as repercussões da perda do cônjuge, principalmente relacionado à presença de sintomas depressivos, foram ainda mais evidentes entre as idosas que residiam em áreas rurais (CHIU et al., 2005).

Embora não tenha sido foco deste estudo verificar a relação entre a presença de indicativo de depressão e a viuvez entre as mulheres, a literatura científica evidencia que, na zona rural, a dependência e submissão aos maridos é bastante comum. Nesse sentido, com a morte do companheiro, a mulher pode se sentir desamparada e sem saber como agir (BUAES, 2007).

Salienta-se que as mulheres idosas tendem a não se casarem novamente quando viúvas, ao contrário do que acontece com os homens (LEBRÃO, 2007). No Brasil, a taxa de recasamentos nesta faixa etária entre os homens é mais do que o dobro em relação às idosas (IBGE, 2010).

Estudo que investigou o motivo pelo qual as idosas viúvas não desejam casar-se novamente observou que, esse fato se deve a experiências conflituosas vividas com o companheiro. Em outros casos, as idosas relataram que tiveram uma vida muito feliz com o companheiro já falecido e que preferem não ter uma pessoa diferente e que possa interferir em sua liberdade (ROCHA et al., 2005).

Entretanto, outras questões podem estar envolvidas, como os padrões culturais em que foram criadas, onde os recasamentos para as mulheres não estão de acordo com o que preconiza a sociedade (ROCHA et al., 2005).

Desse modo, o enfermeiro deve estar atento às repercussões que o luto causado pela viuvez pode trazer ao idoso, de modo especial, às mulheres. A família deve ser estimulada a colaborar e apoiar o idoso neste momento de adaptação e a ajudá-lo a manter uma vida ativa em sociedade.

No que se refere à renda, os maiores percentuais em ambos os grupos foi de um salário mínimo, representando 47,6% entre os idosos com indicativo de depressão, e 48,3% entre aqueles sem indicativo, Tabela 1. Não se verificou diferença significativa entre a renda e o indicativo de depressão, quando comparados os grupos ( $\chi^2=2,473$ ;  $p=0,781$ ), Tabela 1.

No Brasil, predominam os idosos que recebem cerca de um salário por mês, geralmente, proveniente da aposentadoria (IBGE, 2010).

Porém, ao contrário do que acontece em comunidades urbanas, onde para o idoso a aposentadoria pode significar perda do *status* social; na zona rural aposentar-se representa um novo *status* adquirido. No meio rural, a aposentadoria não culmina necessariamente, no fim do trabalho. E, ainda, para aqueles que não possuem uma renda fixa mensal, ou que vivem em pequenas propriedades, a aposentadoria pode representar uma oportunidade de obter independência e auxílio

para a família. Nesse sentido, a aposentadoria pode refletir em melhorias na qualidade de vida dessa população (MISSIO; PORTELLA, 2003).

Estudo realizado em Viçosa (MG) verificou que, a renda proveniente da aposentadoria rural repercute em transformações para o idoso, bem como para a sua família. A aposentadoria, ainda que considerada como uma ajuda, é determinante para a sobrevivência e para melhores condições de vida de várias famílias que residem no campo. Além disso, representa a possibilidade de não terem que sustentar o idoso durante a velhice. Por outro lado, para o idoso, a aposentadoria reflete em maior liberdade, tranqüilidade e autonomia, uma vez que, em muitos casos, poderão reduzir a sobrecarga de trabalho ou mesmo parar de trabalhar e, assim, dedicarem-se a concretização de outros sonhos e anseios (TAVARES et al., 2011).

Concernente à escolaridade verificou-se maiores percentuais de idosos com 4-9 anos de estudo em ambos os grupos. Destes, 34,7 % correspondiam aos idosos com indicativo de depressão e 41,6% sem indicativo, Tabela 1. Divergindo destes achados, entre os idosos residentes na zona rural do Rio Grande do Sul houve maior percentual de analfabetos (68,8%) (MORAIS, 2007).

Entre os idosos com indicativo de depressão houve maior proporção de pessoas com baixa escolaridade, comparado àqueles sem indicativo ( $\chi^2=10,879$ ;  $p=0,012$ ), Tabela 1. Em Itajaí (SC), não ter escolaridade esteve associado ao indicativo de depressão ( $p<0,001$ ) (PEREIRA, 2005).

Estes dados refletem aspectos culturais do passado, em que não havia incentivo ao estudo escolar. As mulheres eram criadas para desenvolver seu papel junto à família e no lar (INOUE; PEDRAZZANI, 2007); enquanto que para os homens, a força física para o trabalho na fazenda era mais valorizada, o que desestimulava o estudo (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010).

O nível de escolaridade é um fator relevante no que se refere ao acesso e adequação do cuidado a ser prestado pela equipe. Os idosos com menor escolaridade podem apresentar maiores dificuldades para identificar os serviços de saúde do qual necessitam. Estão, ainda, mais vulneráveis a sofrerem discriminação por parte dos profissionais (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Essa realidade pode acarretar no agravamento da situação de saúde do idoso com indicativo de depressão.



É importante que os profissionais de saúde planejem e desenvolvam as ações de saúde considerando o nível de escolaridade do idoso. Além disso, políticas governamentais fazem-se necessárias, no meio rural, a fim de incentivar e viabilizar a alfabetização dos idosos que desejarem.

De acordo com o Art. 21 do Estatuto do Idoso: “O poder público criará oportunidade de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados” (BRASIL, 2003, p. 17).

Atualmente, observa-se a inserção de idosos nos programas relacionados à Educação de Jovens e Adultos (EJA). Contudo, a qualificação dos docentes para o trabalho com o idoso ainda é precária, uma vez que requer conhecimentos acerca das condições físicas, psicológicas e culturais dessa parcela da população (MARQUES; PACHANE, 2010).

Outro programa em destaque é a Universidade Aberta à Terceira Idade (Unati). A Unati tem como princípio o compartilhar de conhecimentos a respeito de estratégias e práticas de promoção da saúde, de qualidade de vida e exercício da cidadania. Objetiva contribuir para melhorias nos níveis de saúde física e mental do idoso, aproveitando as possibilidades existentes nas universidades (VERAS; CALDAS, 2004).

Por meio da participação na Unati, o idoso é incentivado a praticar hábitos saudáveis de vida e a conquistar a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, favorecendo a qualidade de vida. Além disso, adquirem novos conhecimentos e amizades, contribuindo para que não se sintam solitários e afastando, assim, a depressão (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Observou-se durante a coleta de dados a inexistência de instituições que atendam às necessidades de escolaridade dos idosos que vivem na zona rural do município. Ações governamentais que viabilizem ao idoso, que mora na zona rural, frequentar as instituições de ensino, podem, além de estimular o aprendizado, permitir a socialização, favorecer as redes de apoio e aumentar a auto-estima do idoso, minimizando as chances de apresentar sintomas depressivos ou indicativos de depressão.

A Tabela 2, a seguir, apresenta a distribuição de morbidades na população estudada.

Tabela 2 - Distribuição da frequência de morbididades entre os idosos, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011.

Morbidade	Indicativo de depressão		Não	
	Sim		n	%
Reumatismo	59	31,6	134	20,2
Artrite/Artrose	66	35,3	158	23,9
Osteoporose	45	24,1	77	11,6
Asma/Bronquite	21	11,3	47	7,1
Tuberculose	-	-	2	0,3
Embolia	8	4,2	8	1,2
Hipertensão arterial	121	64,7	342	51,6
Problema de circulação (varizes)	80	42,8	186	28,1
Problemas cardíacos	65	44,1	155	23,4
Diabetes	32	17,1	72	10,8
Obesidade	39	20,9	81	12,2
Derrame	11	5,9	17	2,6
Parkinson	4	2,2	8	1,2
Incontinência urinária	37	19,8	59	8,9
Incontinência fecal	7	3,7	6	0,9
Prisão de ventre	50	26,8	62	9,3
Problemas para dormir	115	61,5	200	30,2
Catarata	57	30,5	114	17,2
Glaucoma	11	5,9	36	3,9
Problema de coluna	127	67,9	358	54,0
Problema renal	37	19,7	78	11,8
Sequela de acidente/trauma	24	12,8	72	10,8
Tumores malignos	3	1,6	9	1,4
Tumores benignos	6	3,2	12	1,8
Problema de visão	121	64,7	359	54,1

Fonte: O autor.

Em relação às morbididades, destacar-se-ão as quatro que apresentaram maior percentual. Entre os idosos com indicativo de depressão foram: problemas de coluna (67,9%), problemas de visão (64,7%), hipertensão arterial (64,7%) e problemas para dormir (61,5%). Entre os que não apresentaram indicativo, as principais morbididades referidas foram as mesmas do grupo anterior, porém em menor percentual e em diferente ordem: problema de visão (54,1%), problemas de coluna (54,0%), hipertensão arterial (51,6%) e problemas para dormir (30,2%), Tabela 4.

Concernente aos problemas de coluna, investigação realizada na zona urbana do município de Mato Grosso verificou percentual inferior ao obtido neste estudo, para os idosos com indicativo de depressão (41,7%) e para aqueles sem o referido indicativo (58,7%) (ALVARENGA et al., 2010).

Ressalva-se que, quando a dor causada pelo problema de coluna passa a ser crônica, pode haver comprometimento das atividades relacionadas ao lazer, ao trabalho, à vida sexual, além do sono e apetite. Isso pode acarretar em estresse e na redução da resposta imunológica, culminando, assim, na depressão, o que irá afetar a qualidade de vida do idoso (ARCANJO; VALDÉS; SILVA, 2008).

O enfermeiro deve realizar ações de educação em saúde, oferecendo aos idosos orientações sobre o autocuidado e postura adequada, a fim de prevenir agravos e possibilitar melhorias nas condições físicas e redução da dor. Essas intervenções poderão favorecer o maior bem estar mental e social e, ainda, potencializar a capacidade do idoso em realizar as atividades da vida diária, contribuindo para a maior qualidade de vida (ARCANJO; VALDÉS; SILVA, 2008).

Em relação aos problemas de visão, estudo realizado com idosos na zona rural do Rio Grande do Sul, obteve percentual superior (70,8%) ao encontrado nesta pesquisa (MORAIS, 2007). Na China obteve-se percentual inferior, correspondendo a 27,4% dos idosos com indicativo de depressão e 17,4% sem indicativo (CHEN et al., 2010).

Entre os problemas de visão nos idosos é frequente a redução da acuidade visual, devido ao processo natural de envelhecimento, que pode vir acompanhado por alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças que acometem a retina (BRASIL, 2006).

Entretanto, grande parte dos idosos que apresenta problemas na visão não passa por avaliação de um profissional da saúde e, por isso, não recebem tratamento. A redução da área do campo visual pode levar o idoso a perder o interesse por atividades prazerosas e levar ao isolamento social, ao agravamento de outras morbidades, como por exemplo, a dependência em relação às atividades da vida diária e, ainda, pode favorecer a depressão (VERAS et al., 2007).

Em uma pesquisa realizada num município de São Paulo, o indicativo de depressão esteve associado à presença de baixa acuidade visual em comparação aos idosos com visão normal (LUIZ et al., 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que o profissional investigue as queixas dos idosos em relação aos problemas de visão, perguntando se ele apresenta dificuldades para ler, assistir televisão, dirigir ou para realizar outra atividade do dia-a-dia. Caso a resposta seja afirmativa, o idoso deve ser avaliado por meio da aplicação do Cartão de Jaeger (BRASIL, 2006).

Este cartão deve ser colocado a 35 cm de distância do idoso. Deve ser testada a visão em cada olho separadamente e, posteriormente, em conjunto. Considera-se disfunção visual quando o idoso não conseguir ler até o nível 20/40. Caso o idoso utilize óculos ou lente, deverá mantê-los durante o exame (BRASIL, 2006).

Em relação à hipertensão arterial, no Brasil essa é a doença que mais se destaca entre os idosos, atingindo cerca de 53,3% dessa população (IBGE, 2010). Também foi uma das morbidades mais prevalentes em pesquisa realizada em um município, predominantemente rural, do Rio Grande do Sul (ROSA, 2007) e em investigação multicêntrica conduzida em sete países em desenvolvimento (SOUSA et al., 2009). Inquérito realizado com adultos e idosos em Goiás observou a presença de sintomas e transtornos depressivos em pessoas com hipertensão arterial, superior ao verificado na população geral investigada (AMARAL et al., 2007). Corroborando com os resultados do presente estudo, pesquisa realizada em Salvador (BA), obteve que entre os idosos com depressão, 62,2% apresentavam hipertensão arterial (DUARTE; REGO, 2007).

Os profissionais de saúde devem estar atentos às queixas relacionadas aos sintomas depressivos (AMARAL et al., 2007). O uso de escalas de rastreio pode ser útil para detectar possíveis casos de depressão, que irão requerer uma avaliação mais detalhada para a confirmação diagnóstica e início precoce do tratamento. Por serem de fácil aplicação, podem ser utilizadas, por exemplo, durante a avaliação dos profissionais da ESF, durante a consulta do idoso no HIPERDIA, ou na visita domiciliar a pessoa com hipertensão arterial, ou na própria unidade de saúde.

Referente ao auto relato de problemas para dormir, estudo realizado na zona urbana de um município de Minas Gerais encontrou percentual inferior ao obtido na presente pesquisa; sendo 53,7% entre os idosos com indicativo de depressão e 30,9% entre os que não apresentaram indicativo (HOFFMANN et al., 2010).

Em pessoas com depressão são frequentes as queixas relacionadas às alterações do sono. Podem ocorrer problemas como insônia, dificuldades para começar a dormir, menor duração ou fragmentação do sono e despertar precoce pela manhã, ou ainda, sonolência excessiva (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2005).

Estudo de revisão verificou que as modificações no padrão do sono podem ocorrer devido à presença de doenças psiquiátricas, como a depressão (QUINHONES; GOMES, 2011).

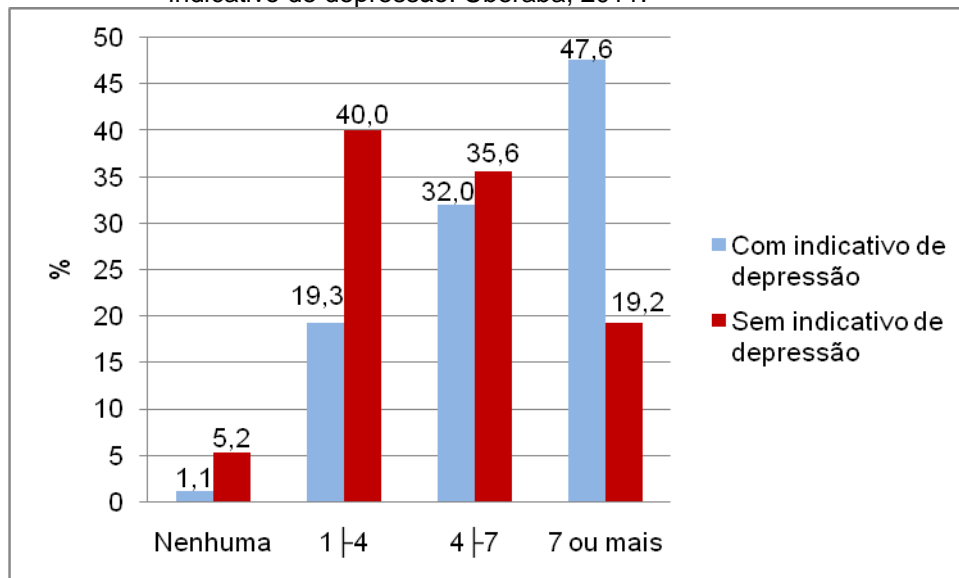
Dormir em um ambiente tranquilo e com pouca luminosidade, determinar horários para dormir e acordar, realizar uma refeição leve à noite e tomar um banho morno podem ajudar o idoso a melhorar os padrões de sono. Realizar atividades relaxantes antes de dormir, como meditação, ioga, leitura ou ouvir uma música, também pode contribuir (QUINHONES; GOMES, 2011).

Por outro lado, hábitos como dormir durante o dia, deitar-se muito cedo e consumir alimentos com cafeína ou outros estimulantes, próximo ao horário de dormir, devem ser evitados (QUINHONES; GOMES, 2011). Caso o idoso faça uso de hipnóticos ou sedativos, deve ser orientado sobre o horário e doses adequadas e quanto às possíveis interações medicamentosas.

Destaca-se que as morbidades foram relatadas pelo idoso, podendo estar subdiagnosticadas.

A Figura 2, a seguir, apresenta o número de morbidades auto referidas pelos idosos, segundo indicativo ou não de depressão.

Figura 2 - Distribuição do número de morbidades dos idosos com e sem indicativo de depressão. Uberaba, 2011.



Fonte: O autor.

No grupo com indicativo de depressão, o maior percentual de idosos referiu sete ou mais morbidades (47,6%), enquanto àqueles que não apresentavam indicativo, relataram 1-4 (40,0%), Figura 2. Quando comparados os grupos, observou-se que a proporção de idosos com indicativo de depressão, que apresentaram sete ou mais morbidades, foi significativamente superior aos sem indicativo ( $\chi^2=70,555$ ;  $p<0,001$ ), Figura 2. Resultado este consoante com pesquisa realizada, que comparou idosos com e sem indicativo de depressão de uma comunidade predominantemente rural ( $p<0,001$ ) (PEREIRA, 2005). Em estudo realizado em Salvador (BA) verificou que a depressão em idosos esteve associada à presença de três ou mais comorbidades (DUARTE; REGO, 2007).

Embora o processo de envelhecimento não implique, necessariamente, no adoecimento, sabe-se que conforme aumenta a faixa etária, maiores são as chances de se adquirir agravos à saúde. Destaca-se que entre os idosos, a presença de doenças crônicas e de comorbidades associadas podem acarretar no isolamento social (IBGE, 2010), podendo culminar na presença de sintomatologia depressiva.

A adequada avaliação dos idosos que apresentam morbidades associadas é fundamental, uma vez que a presença de doenças clínicas pode dificultar a detecção de sintomas depressivos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Destaca-se, ainda, que a presença de depressão, em concomitância com outras doenças, acarreta em pior evolução do quadro clínico, redução da adesão aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida e aumento da morbimortalidade (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005). Adicionalmente, pode ocorrer a sobrecarga de física e emocional dos familiares que convivem, e cuidam do idoso; além de gerar maiores custos financeiros ao idoso, a família e ao governo.

Nesse sentido, o enfermeiro, em conjunto com a equipe de saúde, deve avaliar o idoso e reconhecer os agravos presentes, acompanhar o tratamento, bem como oferecer apoio e promover educação em saúde ao idoso e à família. Desse modo, é possível contribuir para melhorias nas condições de saúde do idoso, repercutindo na qualidade de vida.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos quanto à capacidade de realizar as ABVDs, segundo o indicativo ou não de depressão.

Tabela 3 - Distribuição da frequência da capacidade funcional para ABVDs, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011.

Indicativo de depressão	Sim (n=187)				Não (n=163)			
	Independente		Dependente		Independente		Dependente	
Atividades Básicas da Vida Diária	n	%	n	%	n	%	n	%
Banho	184	98,4	3	1,6	662	99,9	1	0,1
Vestir	184	98,4	3	1,6	662	99,9	1	0,1
Utilizar o banheiro	186	99,5	1	0,5	663	100,0	-	-
Transferência	186	99,5	1	0,5	663	100,0	-	-
Continência	187	100,0	-	-	662	99,9	1	0,1
Alimentação	187	100,0	-	-	663	100,0	-	-

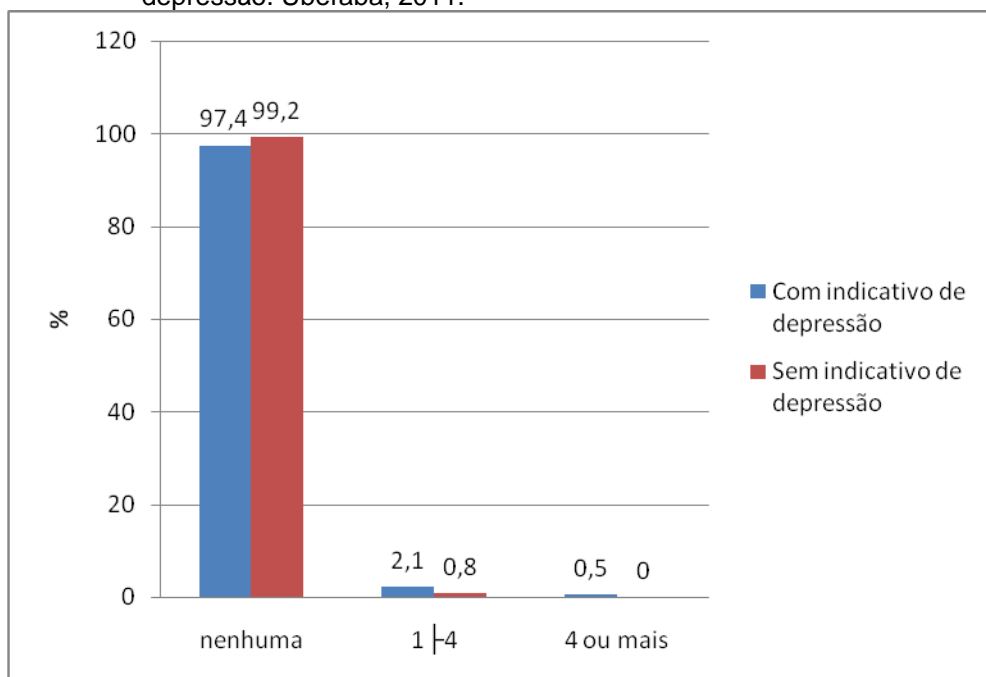
Fonte: O autor.

A partir dos dados da Tabela 3 é possível verificar que a maioria dos idosos conseguia desempenhar as ABVDs. Durante a coleta de dados, observou-se que muitos idosos continuavam a realizar atividades laborais em casa e no campo. Isto

pode ter contribuído para o maior percentual de idosos independentes para realização de ABVDs, uma vez que eles se mantinham ativos, mesmo em faixas etárias mais avançadas. E, ainda, é possível que ao apresentarem algum tipo de limitação ou dependência, deixem o campo para procurar melhores possibilidades de recursos sociais e de saúde nas cidades.

A Figura 3 apresenta a distribuição percentual dos idosos com e sem indicativo de depressão, segundo o número de incapacidade funcional para a realização das ABVDs.

Figura 3 - Distribuição percentual do número de incapacidades funcionais para ABVDs apresentadas pelos idosos, segundo o indicativo ou não de depressão. Uberaba, 2011.



Fonte: O autor.

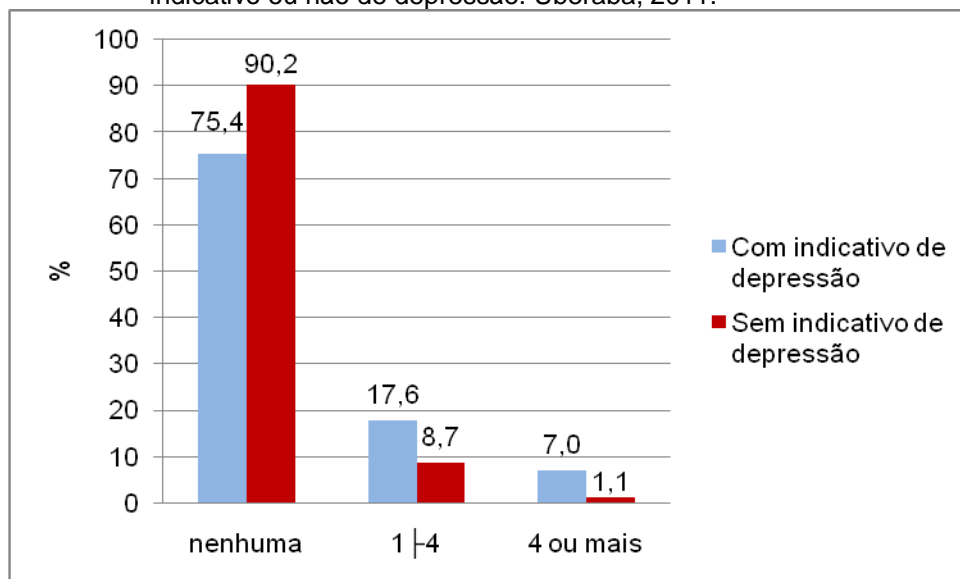
Em relação à capacidade de desempenhar as ABVDs, observou-se que 97,4% dos idosos com indicativo de depressão, e 99,2% daqueles sem indicativo, eram independentes para a realização de todas as atividades, Figura 3. Resultado inferior foi evidenciado em Itajaí (SC), em que 18,0% dos idosos com indicativo de depressão, e 43,9% daqueles sem indicativo, eram independentes para essas atividades (PEREIRA, 2005). Contudo, estudo conduzido com idosos residentes na zona rural da Suécia corrobora com a presente pesquisa, uma vez que 77,8% dos idosos eram independentes para as ABVDs (SJÖLUND et al., 2010).

No grupo com indicativo de depressão, 2,1% apresentaram 1-4 incapacidades para ABVDs e 0,5% relatou quatro incapacidades. Entre aqueles sem indicativo de depressão 0,8% referiram 1-4, Figura 3. Nas zonas rural e urbana de Itajaí (SC), verificou-se maior percentual no número de incapacidade funcional para ABVDs do que o encontrado nesta pesquisa. Entre os idosos com indicativo de depressão 50,2% apresentaram 1-4 incapacidades, 22,3% referiram 4-7 e 9,5% relataram sete ou mais. Entre os que não tinham indicativo de depressão 40,3% tinham 1-4 incapacidades, 10,9% possuíam 4-7 e 4,9% disseram ter sete ou mais incapacidades (PEREIRA, 2005).

Não houve diferença significativa entre o número de incapacidade funcional para realização das ABVDs e o indicativo de depressão ( $\chi^2=5,315$ ;  $p=0,070$ ). Ao contrário destes resultados, em Itajaí (SC) observou-se que o maior número de incapacidade funcional para ABVDs, em idosos, esteve associado ao indicativo de depressão ( $p<0,001$ ) (PEREIRA, 2005).

Na Figura 4 encontra-se a distribuição percentual dos idosos com e sem indicativo de depressão, segundo o número de incapacidade funcional para realização de AIVDs.

Figura 4 - Distribuição percentual do número de incapacidades funcionais para desempenho de AIVDs, apresentadas pelos idosos, segundo o indicativo ou não de depressão. Uberaba, 2011.



Fonte: O autor.

A maioria dos idosos, em ambos os grupos, não apresentaram nenhuma incapacidade funcional para AIVDs, Figura 4. Consoante a este estudo, em Taiwan,



o maior percentual dos idosos que residiam na zona rural, avaliados em concomitância com aqueles que apresentavam indicativo de depressão, e os que não apresentavam, eram independentes para as AIVDs (67,4%) (CHIU et al., 2005).

Destaca-se que os idosos com indicativo de depressão apresentaram maior número de incapacidade funcional em relação aos que não tinham indicativo, Figura 4. Estes dados reforçam a necessidade da equipe de saúde investigar a capacidade funcional para AIVD entre os idosos com indicativo de depressão, tendo em vista a limitação para a vida independente em sociedade. Na Tabela 4 serão apresentados os resultados referentes à capacidade do idoso em desenvolver AIVDs, segundo o indicativo ou não de depressão.

Tabela 4 - Distribuição da frequência da capacidade funcional para AIVDs, segundo o indicativo de depressão. Uberaba, 2011.

Indicativo de depressão	Sim				Não			
	Independente		Dependente		Independente		Dependente	
Atividades instrumentais da vida diária	n	%	n	%	n	%	n	%
Telefonar	165	88,2	22	11,8	628	94,7	35	5,3
Ir para locais distantes	178	95,2	9	4,8	655	98,8	8	1,2
Fazer compras	176	94,1	11	5,9	655	98,8	8	1,2
Preparar as refeições	176	94,1	11	5,9	654	98,6	9	1,4
Arrumar a casa	169	90,4	18	9,6	647	97,6	16	2,4
Realizar trabalhos manuais	164	87,7	23	12,3	654	98,6	9	1,4
Lavar e passar roupa	162	86,6	25	13,4	636	95,9	27	4,1
Tomar remédios	183	97,9	4	2,1	661	99,7	2	0,3
Cuidar das finanças	174	93,0	13	7,0	651	98,2	12	1,8

Fonte: O autor.

Observa-se na Tabela 4 que houve maior percentual de idosos dependentes para o desempenho das AIVDs no grupo com indicativo de depressão.

Esse fato pode estar relacionado ao maior número de morbidades associadas no grupo com indicativo de depressão, especialmente para as AIVDs que dependem das condições físicas do idoso. Pesquisa realizada no município de São Paulo concluiu que a presença de doenças crônicas tem uma forte influência sobre a capacidade funcional. Doenças como a hipertensão arterial aumentaram em 39% as chances de o idoso apresentar incapacidade para AIVDs e as artropatias representaram 59% a mais de chances (ALVES et al., 2007).

Conforme apresentado anteriormente, a hipertensão arterial e os problemas de coluna destacaram-se entre as morbidades com maiores percentuais entre os idosos desta pesquisa; principalmente entre aqueles com indicativo de depressão.

Isto pode ter favorecido a presença de maior número de idosos que não conseguem realizar as AIVDs neste grupo.

Quanto à dependência para realização das AIVDs, entre os idosos com indicativo de depressão, destacam-se aqueles que não conseguiam realizar as seguintes atividades: lavar e passar roupa (13,4%), realizar trabalhos manuais (12,3%), utilizar o telefone (11,8%), arrumar a casa (9,6%) e cuidar das finanças (7,0%). Para aqueles que não apresentaram o referido indicativo, as dificuldades se apresentaram em: usar o telefone (5,3%), lavar e passar a roupa (4,1%), arrumar a casa (2,4%) e cuidar das finanças (1,8%), Tabela 3.

Em Taiwan, entre os idosos da zona rural, os maiores percentuais foram para as AIVDs limpar a casa (22,0%), ir para locais distantes (17,7%), cuidar das finanças (17,7%), preparar as refeições (17,1%) e usar o telefone (12,4%). Além disso, os itens relacionados às AIVDs estiveram associados ao indicativo de depressão (CHIU et al., 2005).

Quando o idoso não consegue desempenhar as atividades que se relacionam com a higiene pessoal ou do domicílio, pode sentir-se culpado e desestimulado, já que não consegue realizar seu trabalho sozinho (NAKATANI et al., 2009), o que pode acarretar na ocorrência de sintomas depressivos.

Entre os idosos com indicativo de depressão, as atividades como utilizar o telefone e cuidar das finanças podem ter sido influenciadas pelo nível de escolaridade. Por outro lado, as inovações que envolvem as movimentações bancárias (uso de caixas eletrônicos e cartão magnético), muitas vezes, são consideradas operações complexas para os idosos, requerendo a ajuda de outrem (MORAIS, 2007). O mesmo ocorrendo em relação ao uso de telefone, especialmente os celulares, comuns na zona rural.

Os profissionais de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária, devem verificar as limitações dos idosos que apresentaram dependência para realização das AIVDs, de forma a promover a reabilitação, quando possível. Além disso, devem realizar o monitoramento das morbidades e desenvolver atividades educativas que abarquem a prevenção de doenças, que possam repercutir na incapacidade para o desempenho de AIVDs. Os familiares devem ser inseridos nesse processo, estimulando o idoso a realizar as AIVDs, ainda que apresentem limitações. Essas ações em conjunto podem favorecer a manutenção ou recuperação da independência do idoso para a vida na comunidade.

Há maior proporção de idosos com indicativo de depressão, apresentando maior número de incapacidade funcional para AIVDs comparados aos sem indicativo ( $\chi^2=36,012$ ;  $p<0,001$ ). Consoante a esta pesquisa, em Taiwan, verificou-se que entre os idosos residentes na zona rural, a incapacidade funcional para AIVDs esteve associada ao indicativo de depressão ( $p<0,001$ ) (CHIU et al., 2005).

O delineamento transversal desta pesquisa não permite afirmar que o indicativo de depressão decorra necessariamente da presença de incapacidade funcional; uma vez que a depressão tanto pode levar à dependência, como o contrário também pode ocorrer, ou seja, o idoso apresenta depressão devido à incapacidade funcional (PEREIRA, 2005).

Entretanto, a avaliação da capacidade funcional permite minimizar os riscos de agravo à situação de saúde, que poderiam acarretar em maior dependência e restringir o idoso a exercer plenamente sua independência na vida em comunidade. Evita-se, assim, a diminuição da auto-estima e, conseqüentemente, a presença de sintomas depressivos.

Nesse sentido, ações voltadas para a promoção da saúde, devem ser desenvolvidas com o intuito de prevenir a incapacidade funcional e favorecer o envelhecimento saudável. Para os idosos que ainda se mantêm independentes, mas que já possuem limitações para a realização de AIVDs, devem-se criar estratégias que permitam o desempenho das AIVDs, como readequação do ambiente e melhora das condições musculoesqueléticas. Na fase em que já ocorre a dependência, deve-se oferecer apoio ao idoso e aos familiares, contribuindo para que ele permaneça em sua casa e na comunidade (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

A família é fundamental, e deve ser foco de atenção entre os governantes e profissionais da saúde, uma vez que os familiares são aqueles que, tradicionalmente oferecem apoio material e afetivo ao idoso (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005). Além disso, os cuidados dispensados ao idoso dependente, para a realização de AIVDs, podem levar à sobrecarga do cuidador.

É imprescindível, ainda, que políticas públicas sejam investidas para a qualificação dos profissionais de saúde, para que sejam capazes de identificar as peculiaridades e necessidades do idoso (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005). Principalmente no que se refere à presença de indicativo de depressão e aos fatores associados a essa doença.

### 5.3 FATORES ASSOCIADOS AO INDICATIVO DE DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL

Neste tópico, após a apresentação e discussão dos resultados, serão abordadas ações que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe multiprofissional. Será dado enfoque na promoção da saúde dos idosos, na prevenção de agravos e no tratamento da depressão.

Conforme discutido na metodologia, item 4.11, na análise bivariada as associações foram consideradas significativas quando  $p < 0,1$ .

Desta forma, as variáveis submetidas à análise multivariada foram: o sexo feminino ( $\chi^2=68,0$ ;  $p < 0,01$ ), ter 80 anos ou mais ( $\chi^2=6,767$ ;  $p=0,034$ ), não possuir companheiro ( $\chi^2=5,967$ ;  $p=0,015$ ), não ter escolaridade ( $\chi^2=68,000$ ;  $p=3,097$ ), o número de incapacidade funcional para AIVDs ( $t=4,266$ ;  $p < 0,001$ ) e o número de morbidades ( $t=8,852$ ;  $p < 0,001$ ).

A renda ( $\chi^2=0,414$ ;  $p=0,813$ ) e o número de incapacidade funcional para ABVD ( $t=1,468$ ;  $p=0,144$ ), não atenderam ao critério estabelecido ( $p < 0,1$ ).

As variáveis incluídas no modelo multivariado de regressão logística estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Modelo multivariado de regressão logística dos fatores associados ao indicativo de depressão em idosos residentes na zona rural. Uberaba, 2011.

Variáveis	Modelo inicial			Modelo final		
	$\beta^*$	IC (95%)	$p$	$\beta^*$	IC (95%)	$p$
<b>Sexo</b>						
Feminino	1,46	1,00-2,13	0,048	1,53	1,06-2,21	0,024
<b>Faixa etária</b>						
80 ou mais	1,49	0,78-2,82	0,226	-	-	-
<b>Estado conjugal</b>						
Sem companheiro	1,37	0,94-2,00	0,090	-	-	-
<b>Escolaridade</b>						
Sem escolaridade	1,40	0,93-2,10	0,104	-	-	-
<b>Número de morbidades</b>	1,25	1,17-1,33	<0,001	1,24	1,17-1,32	<0,001
<b>Número de incapacidade funcional AIVD</b>	1,26	1,06-1,49	0,007	1,32	1,12-1,55	0,001

\* $\beta$  exponencial

Fonte: O autor.

No modelo multivariado final, permaneceram como preditores para o indicativo de depressão, as variáveis sexo feminino, número de morbidades e de incapacidade funcional para AIVD, Tabela 5.

Verificou-se que o sexo feminino associou-se ao indicativo de depressão ( $p=0,024$ ), Tabela 5. As mulheres idosas apresentaram 53% a mais de chance de

apresentar indicativo de depressão do que os homens, Tabela 5. Diversos estudos têm apontado o sexo feminino como preditor de indicativo de depressão entre idosos (CHEN et al., 2005; JOHN; BLANDFORD; STRAIN, 2006; BATISTONI; NERO; CUPERTINO, 2010).

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa, salienta-se a necessidade de se enfatizar ações sociais e de saúde à mulher idosa residente na zona rural, a fim de prevenir agravos, especialmente os que se relacionam aos transtornos mentais, destacando-se a depressão. Nessa perspectiva, é fundamental que as universidades preparem os futuros profissionais para que sejam capazes de atender às necessidades do idoso, abrangendo os seus múltiplos aspectos.

Para a conquista de um envelhecimento saudável é essencial a junção entre a manutenção das condições físicas, aliado ao direito do idoso de viver em segurança e de ser respeitado; também deve ser oportunizada a sua participação na sociedade, e ser reconhecida e valorizada sua contribuição (ROCHA et al., 2009).

Destaca-se que, durante o processo de envelhecimento, a mulher idosa aprende a envelhecer mediante a realidade e os significados culturais que a permeiam (BUAES, 2007). Nesse sentido, é relevante que o enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde, considerem o contexto cultural e social no qual a idosa da zona rural está inserida; para planejar e executar ações que atendam às expectativas e necessidades das mulheres.

Entre as estratégias que podem ser desenvolvidas no âmbito da atenção básica, a terapia comunitária pode ser uma ferramenta útil para o restabelecimento e promoção da saúde mental, atuando como mola propulsora no atendimento aos problemas vinculados às necessidades emocionais e psicológicas (ANDRADE et al., 2010).

A terapia comunitária viabiliza as relações interpessoais, estimulando a idosa a sair do isolamento social, por meio da formação de redes de apoio solidárias, e utiliza a cultura popular como subsídio para soluções de problemas vividos pela comunidade (ROCHA, 2009).

Em um município do Rio Grande do Norte, em que a depressão destacou-se como morbidade prevalente entre os idosos, desenvolveu-se um grupo de terapia comunitária na unidade de saúde da família. Os pesquisadores observaram que a terapia comunitária propiciou ao idoso o sentimento de empoderamento, o resgate da espiritualidade, a formação de redes de apoio com base na partilha de

experiências, o resgaste da autonomia e a possibilidade de mudanças de comportamento. A junção desses fatores favoreceu o enfrentamento dos problemas e dificuldades, e constituiu-se como método viável para efetivação da terapêutica (ANDRADE, 2010).

O atendimento individual por meio de psicoterapia, oficinas culturais, grupos de geração de renda na comunidade, atividades esportivas (caminhada e ginástica orientada) e promoção de festas comunitárias podem viabilizar a reintegração social, a formação de redes de apoio e estimular o auto cuidado. Essas atividades podem favorecer a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação das idosas acometidas pela doença. Ressalva-se que, para que a terapêutica tenha resultado eficaz, é fundamental que os profissionais estejam capacitados para realizar a detecção precoce, além de estabelecer e monitorar o tratamento (BRASIL, 2006).

Salienta-se que a indicação de tratamento medicamentoso, muitas vezes, torna-se necessária para corrigir os desequilíbrios químicos que a depressão acarreta. Vale ressaltar que a prescrição de medicamentos deve ser realizada por profissional qualificado, uma vez que o uso indiscriminado de determinados psicotrópicos, especialmente entre as mulheres, pode transformar a medicação de tratamento à droga de abuso (BRASIL, 2006).

O enfermeiro deve estar atento ao uso irregular de medicamentos antidepressivos entre as idosas. Nesse caso, promover a educação em saúde pode ser útil no acompanhamento daquelas que realizam o tratamento farmacológico. A família deve ser estimulada a apoiar o idoso e a ajudá-lo, especialmente no que se refere ao seguimento adequado da terapêutica.

O maior número de morbidades associou-se ao indicativo de depressão ( $p < 0,001$ ). Verificou-se que os idosos com maior número de morbidades auto referidas apresentaram 24% mais chances de ter indicativo de depressão, Tabela 5. Na Espanha, o maior número de comorbidades refletiu em duas vezes mais chances dos idosos, das zonas rural e urbana, apresentarem indicativo de depressão ( $\beta = 2,38$ ) (TORYJA et al., 2007).

A manifestação dos sintomas clínicos relacionados às comorbidades, como por exemplo, inapetência, insônia, fadiga, baixa auto-estima, pode sobrepor-se aos sintomas depressivos e, assim, dificultar o diagnóstico da depressão, levando ao agravamento da doença. Nesses casos, o profissional de saúde deve estar atento a intensidade dos sintomas, desproporcional ao esperado para o quadro clínico do

idoso, para que o diagnóstico de depressão, bem como o tratamento, não seja postergado (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Nesse sentido, especialmente no âmbito da atenção básica, é imprescindível a avaliação da situação de saúde do idoso, a partir da realização da anamnese e do exame físico.

A partir dessa avaliação o enfermeiro, em conjunto com os demais profissionais da ESF, deve intervir para atender as necessidades de saúde do idoso. Caso não seja possível, deve realizar o encaminhamento seguro para níveis de atendimento de maior densidade tecnológica.

O maior número de incapacidade funcional para a realização de AIVDs associou-se ao indicativo de depressão ( $p=0,001$ ). Destaca-se que os idosos que apresentaram maior número de incapacidade funcional para realização de AIVDs possuem 32% mais chances de ter indicativo de depressão, Tabela 5. No Brasil, pesquisa desenvolvida no Nordeste, verificou-se valores superiores a estes, sendo as chances de apresentar indicativo de depressão cerca de três vezes maior entre os idosos que necessitavam de auxílio para realização das AIVDs ( $\beta=3,72$ ) (MACIEL; GUERRA, 2006). Valor este, semelhante ao verificado em comunidade rural de Taiwan ( $\beta=3,12$ ) (CHIU et al., 2005).

O maior número de comorbidades entre os idosos com indicativo de depressão, pode ter contribuído para limitar a capacidade de desempenho em AIVDs nesse grupo.

A dependência para realização das AIVDs pode interferir na qualidade de vida do idoso (ALVES et al., 2007). Nessa perspectiva, a família apresenta papel fundamental para reabilitação do idoso. Tanto no que se refere à capacidade funcional, como no suporte emocional para o tratamento da depressão. Dessa forma, o enfermeiro deve inseri-la no processo terapêutico, especialmente, por meio da educação em saúde. Nesse momento, os familiares podem expor suas dúvidas, angústias e vivências em relação ao cuidado ao idoso. O apoio da equipe de saúde pode contribuir para o maior vínculo entre a família e o idoso, o que poderá favorecer o restabelecimento da independência deste, quando possível, e diminuir a sobrecarga de trabalho e emocional entre os cuidadores.

Ainda que o idoso apresente limitações, precisa ser estimulado a desenvolver as suas atividades cotidianas, de forma a melhorar a autoconfiança, auxiliando a reabilitação. Contudo, é fundamental que o tratamento da depressão ocorra em

concomitância com a recuperação da capacidade funcional para AIVDs. Salieta-se, ainda, que o processo de reabilitação do idoso, que apresenta incapacidade funcional, requer apoio do familiar e da equipe de saúde, por se tratar de um processo gradual. Desse modo, cada conquista do idoso deve ser reconhecida, de maneira a fazer com que se sinta valorizado.

Destaca-se que os resultados da pesquisa maior, da qual decorre este estudo, foram apresentados às ESFs referentes aos três Distritos Sanitários investigados. Nesse momento foram entregues as listas contendo os nomes e endereços dos idosos que apresentaram indicativo de depressão para as respectivas equipes, sugerido que se realizasse a avaliação dos mesmos, para possível confirmação diagnóstica. Além disso, discutiu-se sobre os aspectos que envolvem a presença de indicativo de depressão entre os idosos na zona rural.

Ressalta-se que os resultados desta pesquisa serão retornados às ESFs, bem como à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG, a fim de aprofundar a temática da depressão entre idosos que residem na zona rural.



## 6 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, a prevalência de indicativo de depressão representou 22%, com ocorrência no sexo feminino e na faixa etária com 60-70 anos.

No grupo com indicativo de depressão houve maior percentual de mulheres idosas, 60-70 anos, casadas ou que moram com companheiro, com renda individual de um salário mínimo e com 4-9 anos de estudo. As morbidades autorreferidas com maior percentual foram: problemas de coluna, problemas de visão, hipertensão arterial e problemas para dormir. Os idosos apresentaram em sua maioria sete ou mais comorbidades.

Entre aqueles que não apresentaram indicativo de depressão, os maiores percentuais foram para os idosos do sexo masculino, 60-70 anos, casados ou que moram com companheira, renda individual de um salário mínimo e com 4-9 anos de estudo. As principais morbidades referidas foram: problema de visão, problemas de coluna, hipertensão arterial e problemas para dormir. Houve predomínio de 1-4 morbidades associadas.

Em ambos os grupos, a maioria dos idosos era independente para a realização das ABVDs e das AIVDs. Contudo, houve maior percentual de idosos com indicativo de depressão que apresentaram 1-4 incapacidades para o desempenho de AIVDs, em comparação àqueles sem o referido indicativo.

Evidenciou entre os idosos com indicativos de depressão maior proporção de mulheres, na faixa etária de 80 anos ou mais; viúvos, sem escolaridade, que apresentam sete ou mais comorbidades e com maior dependência para a realização das AIVDs, quando comparados aos idosos sem indicativo de depressão.

O sexo feminino, o maior número de comorbidades e de incapacidade funcional para o desempenho de AIVDs permaneceram como preditoras do indicativo de depressão.

A hipótese proposta neste estudo foi confirmada no que condiz ao sexo feminino, maior número de morbidades e de incapacidade funcional para AIVD; uma vez que estão associados ao indicativo de depressão entre os idosos residentes na zona rural. Por outro lado, foi refutada a hipótese de que a maior faixa etária, a baixa renda, a menor escolaridade e o maior número de incapacidade funcional para ABVD estão associados ao indicativo de depressão, entre esses idosos.

Os resultados dessa pesquisa permitiram ampliar o conhecimento das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos; detectar a prevalência de indicativo de depressão e os fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural.

A partir de então, poderão subsidiar o planejamento e implementação de estratégias que atendam às principais necessidades desses idosos. Salieta-se que as intervenções devem ter como foco principal a confirmação diagnóstica dos casos de depressão, estabelecimento do tratamento e acompanhamento dos idosos e familiares, nesse período. Além disso, devem-se promover ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo. **Eurotrials Scientific Consults**, São Paulo, n.10, 2007. Disponível em: <[http://www.eurotrials.com/contents/files/Gauss\\_10.pdf](http://www.eurotrials.com/contents/files/Gauss_10.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999.
- ALVARENGA, M.R.M; OLIVEIRA, M.A.C; FACCENDA, O.; CERCHIARI, E.A.N.; AMENDOLA, A.M. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.15, n.2, p. 217-224, 2010.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.
- AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.29, n.2, p. 161-68, 2007.
- ANDRADE, F.B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.1, p.129-136, 2010.
- ANTUNES, P.B. et al. Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, supl.1, p. 26-33, 2009.
- ARCANJO, G.N.; VALDÉS, M.T.M.; SILVA, R.M. Percepção sobre qualidade de vida de mulheres participantes de oficinas educativas para dor na coluna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, Sup 2, p.2145-2154, 2008.
- ARGIMON, I.I.L.; STEIN, M.L. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.64-72, 2005.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM-IV-TR)**. 4. ed. Arlington, 2000. Disponível em: <[http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/)>. Acesso em: 05 out. 2010.
- BAUER, M. et al. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 2ª parte: tratamento de manutenção do transtorno depressivo maior e tratamento dos transtornos depressivos crônicos e das depressões subliminares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, supl.2, 2009.

BATISTONI, S.S.T.; NÉRI, A.L.; CUPERTINO, A.P. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale-Depression (CES-D) em idosos brasileiros. **Psico-USF**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.13-22, 2010

\_\_\_\_\_. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.1-7, 2007.

BENEDETTI, T.R.B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, p. 302-307, 2008.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n.1, p.1-7, 1994.

BORGES, L.J.; BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.4, p. 273-279, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências. In: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Estatuto do Idoso**. Legislação da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Consolidado de Famílias Cadastradas**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabMG.def>>. Acesso em: 07 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_climaterio.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 28 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2006, 192 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/evento\\_idoso-4\\_de\\_marco-fsp-yeda\\_duarte-profa\\_escola\\_de\\_enfermagem-parte\\_1.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/evento_idoso-4_de_marco-fsp-yeda_duarte-profa_escola_de_enfermagem-parte_1.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2010.

BRUNONI, A.R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 4, p.251-63, 2008.

BUAES, C.S. O envelhecimento e a viuvez da mulher num contexto rural: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 103-114, 2007.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.177-85, 2005.

CAMARGOS, M.C.S.; PERPÉTUO, I.H.O.; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.17, n.5/6, p. 379-86, 2005.

CARVALHO, J.A.M.; RODRIGUES-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n.5, p. 233-38, 2006.

CHEN, R. et al. Depression in older people in rural China. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 165, n.17, p. 2019-2025, 2005.

CHIU, H.C. et al. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v.20, p. 635-644, 2005.

CONTE, L.B.D.; SOUZA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-219, 2009.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

COUTINHO, M.P.L. et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 183-192, 2003.

CUNHA, U.G.V. et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 321-324.

\_\_\_\_\_. Sinais e sintomas em psicogeriatría. In: GUIMARÃES, R.M.; CUNHA, U.G.V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 99-113.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um laboratório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

FARINASSO, A.L.C. et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 27, v. 1, p. 45-52, 2006.

FERNANDES, M.G.M.; NASCIMENTO, N.F.S.; COSTA, K.N.F.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

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**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatr Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p.189-98, 1975.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n.1, p.74-82, 2008.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 376-387.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.900-909.

FUNES, J.A.A. et al. Síntomas depressivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. **Salud Pública de México**, México, v.49, n.5, p.367-375, 2007.

FUNNEL, E. Depression in the elderly. **InnovAiT**, Chichester, v.3, n.4, p.199–208, 2010.

GALHARDO, V.A.C.; MARIOSIA, M.A.S.; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n.1, p. 16-21, 2010.

GAO, S. et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 24, n.12, p.1358–1366, 2009.

GIAVONI, A. et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 975-982, 2008.

GORDILHO A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde nas políticas de cuidado integral ao idoso. Rio de Janeiro: **Universidade Aberta da Terceira da Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 2000.

Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati1.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf). Acesso em 01 out. 2010.

GREVET, E.H.; KNIJNIK, L. Diagnóstico de depressão maior e distímia. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.45, n. 3/4, p.108-110, 2001.

GUERRA, M. et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: 10/66 population - based study. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, supl. 195, p. 510-515, 2009.

HOFFMANN, E.J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009b.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida dos octogenários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.15 (número especial), 2007.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 29, n.1, p. 19-27, 2007.

JOHN, P.D.; BLANDFORD, A.A.; STRAIN, L.A. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, n. 21, p.1175-1180, 2006.

\_\_\_\_\_. Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults? **Canadian Journal of Rural Medicine**, Ottawa, v. 14, n. 4, p. 150-156, 2009.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n.17, p.135-140, 2007.

LEITE, V.M.M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n.1, p. 31-38, 2006.

- LIMA, M. T. R.; SILVA, R.S.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n.1, p.1-7, 2009.
- LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.103-112, 2008.
- LIU, L.J.; GUO, Q. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 17, p.823-830, 2008.
- LUPTAK, M. et al. Project ADAPT: A program to Assess Depression and Provide Proactive Treatment in Rural Areas. **The Gerontologist**, Washington, v. 48, n. 4, p. 542–548, 2008.
- LUIZ, L.C. et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.5, p.444-450, 2009.
- MACIEL, A.C.C.; GUERRA, E.O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n.1, p. 26-33, 2006.
- MARQUES, D.T.; PACHANE, G.P. Formação de educadores: uma perspectiva de educação de idosos em programas de EJA. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.36, n.2, p.475-90, 2010.
- MARTINS, C.R. et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estudos interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 11, p.135-154, 2007.
- MARTINS, C.R.M.; CAMARGO, B.V.; BIAZUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice das diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.4, p. 750-757, 2010.
- MISSIO, M.; PORTELLA, M.R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n. 2, 2003.
- MORAIS, E.P. **Envelhecimento na zona rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul-RS**. 2007. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.



MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008.

MORENO, D.H.; SOARES, M.B.M. **Diagnóstico e tratamento: elemento de apoio. Depressão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003. 64 p.

MORENO, R.A.; MORENO; D.H. Escalas de Depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.262-272, 1998.

MOTTRAM, P.G.; WILSON, K.; STROBL, J.J. Antidepressants for depressed elderly. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 7, Art. Nº. CD003491, 2010. Disponível em: <[www.cochrane.org/reviews/en/ab003491.html](http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003491.html)>. Acesso em: 02 out. 2010.

NARDI, E.F.R.; ANDRADE, O.G. Estados depressivos entre idosos na comunidade - Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v.9, n.2, p.109-116, 2005.

NASCIMENTO, R.F.L. **Depressão e o desempenho cognitivo em idosos através do Teste Wisconsin classificação de cartas**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

NAKATANI, A.Y.K. et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenção pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [internet], v.11, n.1, p.144-50, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>> Acesso em: 06 jul. 2011.

NOEL, P.H. et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. **Annals of Family Medicine**, Oxford, v. 2, n.6, 2004. Disponível em: < [www.annfam.org](http://www.annfam.org) >. Acesso em: 15 set. 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas como os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 05 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Demografia e saúde: contribuição para a análise de situação e tendências / Rede Interagencial de**

**Informações para a Saúde.** Brasília, 2009, 144p. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO\\_DEMOGRAFIA\\_E\\_SA%C3%9ADE\\_WEB.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO_DEMOGRAFIA_E_SA%C3%9ADE_WEB.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de las personas de edad.** Ginebra, 1989. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_779\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2010.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública** São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

PENNINX, B.W.J.H. et al. Minor and major depression and the risk of death in older persons. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 56, p.889-95, 1999.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 596 p.

PEREIRA, S.P. Prevalência de depressão na população idosa de Itajaí (SC): relação com as variáveis biopsicossociais. 2005. 83 f. Monografia (Bacharel em Psicologia). Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2005.

PINHO, M. X. et al. Confiabilidade e validade da Escala de Depressão Geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 94, n.5, p.552-561, 2010.

POLISSENI, A.F. et al. Depressão em mulheres climatéricas: fatores associados. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 183-189, 2009.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002a.

\_\_\_\_\_. Prevalência da sintomatologia depressiva no município de Maringá, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.24, n.3, p. 703-705, 2002b.

PORTO, J.A. Aspectos gerais das escalas para avaliação da depressão. In: **Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. Escalas de avaliação para monitorização de tratamentos com psicofármacos.** São Paulo: Editora Ave Maria. p. 93-100, 1989.

QUINHONES, M.S.; GOMES, M.M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v.47, n.1, p.31-42, 2011.

RAMOS, L.R. Growing old in São Paulo, Brazil. **Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community.** 1987. Tese (Medicine), London School of Hygiene and Tropical, London, 1987.

RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.2, p.254-261, 2010.

ROCHA, C. et al. Como mulheres viúvas da terceira idade encaram a perda do companheiro. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 65-73, 2005.

ROCHA, I.A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p.687-694, 2009.

ROCHA, N.S.; FLECK, M.P. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.119-124, 2010.

ROSA, P.V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil.** 2007. 79 f. Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Rio Grande do 2007.

SANTOS, I.E. **Homem idoso: vivência de papéis durante o ciclo da vital da família.** 2006. 96 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

SANTOS, M. et al. The impact of vascular burden on late-life depression. **Brain Researchs Reviews**, Amsterdam, n. 11, v. 62, p.19-32, 2009.

SARIN, L.M.; DEL PORTO, J.A. Antipsicóticos atípicos na depressão refratária. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.58, n.2, p.73-78, 2009.

SCALCO, A.Z. et al. Hypertension e depression. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n.3, p. 241-250, 2005.

SCALCO, M.Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, supl 1, p. 55-63, 2002.

SCHESTATSKY, S.; FLECK, M. Psicoterapia das depressões. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, supl.1, 1999.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, 2000.

SIQUEIRA, G.R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da Escala de Depressão Geriátrica (EGD). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 253-259, 2009.

SJÖLUND, B.M. et al. Morbidity and physical functioning in old age: differences according to living area. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v.58, n.10, p. 1855-1862, 2010.

SOUSA, R.M. et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. **The Lancet**, New York, v. 374, n. 9704, p.1821-1830, 2009.

SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 18-23, 1999.

SOUZA, R.M. et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. **Lancet**, v. 374, p. 1821–30, 2009.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz Revista de Educação Física**, Rio Claro, v.8, n.3, p. 91-98, 2002.

TAHIRI, S.M. et al. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Canadá, v. 24, n. 11, p. 1226-1236, 2009.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 477-486, 2009.

TAVARES, V.O. et al. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e contexto familiar. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.10, n.1, p. 94-108, 2011.

TENG, C.T.; HUMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n.3, p.149-159, 2005.

TIER, C.G. et al. Escalas de avaliação da depressão em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 2/3, p. 27-36, 2007.

TOLEDO, M.A.V.; SANTOS NETO, L. Depressão no Idoso. In: HARGREAVES (Org.). **Geriatrics**. Brasília: SEEP, 2006. p. 545-52.

TORIJA, J. R. U. et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 21, n.1, p.37-42, 2007.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VARELA, F. Síndromes depressivas. In: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 307-13.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 548-554, 2009.

\_\_\_\_\_. Forum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades de terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-32, 2004.

VERAS, R.P. et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 355-370, 2007.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O sincronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.23, v. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERMELHO, LL; MONTEIRO, MFG. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, RA. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p. 91-103.

VIANA, G.N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.57, n.1, p.38-43, 2008.

VIVAN, A.S.; ARGIMON, I.I.L. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 436-444, 2009

XAVIER, F.M.F. O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a pseudodemência depressiva do idoso. In.: PARENTE, M.A.M.P. **Cognição e envelhecimento** . Porto Alegre: Artemed, p. 205-224, 2006.

World Health Organization. **Conquering Depression**. 2001. Disponível em: <<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>>. Acesso em: 03 set. 2010.

**ANEXO A - Instrumento para coleta dos dados sociodemográficos e econômicos**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Início da entrevista: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

--	--	--

1) DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade: (anos completos).....

--	--

**ATENÇÃO:**

- O entrevistado deve ter acima de 60 anos de idade. No caso de incerteza peça, ao entrevistado, documento de identificação que mostre a data de nascimento.
- Se a pessoa não preencher os critérios acima, agradeça e encerre a entrevista.

2) SEXO.....  
1- Masculino                      2- Feminino

--

3) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?.....  
1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a)  
2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)                      3- Viúvo(a)  
4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)                      99- Ignorado

--	--

**ATENÇÃO: Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva.**

**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS ECONÔMICOS**

4) ESCOLARIDADE:.....  
Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.  
99- Ignorado

--	--

5) QUAL A SUA RENDA INDIVIDUAL:  
1 - Não tem renda    2 - Menos que 1 salário mínimo    3 - 1 salário mínimo  
4 - De 1 a 3 salários mínimo    5 - De 3 a 5 salários mínimo    6 – mais de 5 salários mínimo

--

## ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

### 6) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 7) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estado vive? \_\_\_\_\_  
 Em que cidade vive? \_\_\_\_\_  
 Em que lugar estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 8) Memória Imediata (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 9) Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100\_93\_86\_79\_72\_65

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 10) Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

### 11) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

**Nota:** \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHER OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

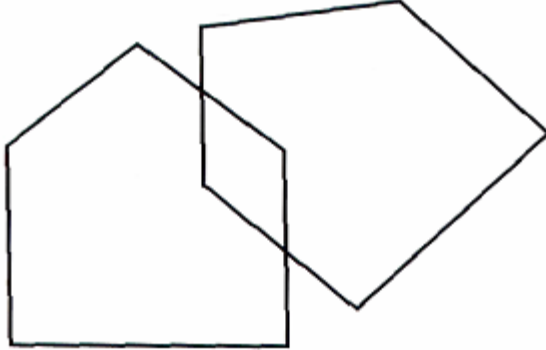
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_\_

**12) Capacidade Construtiva Visual** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: \_\_\_\_\_

**12) TOTAL (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos  $\leq$  13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  18

• com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  26

**ATENÇÃO: Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva.**



**ANEXO C - Instrumento para coleta de dados referentes às morbidades autorreferidas**

**13) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas atividades da vida diária?**

Problemas de saúde	NÃO	SIM		Ignorado
		Interfere na vida diária	Não Interfere na vida diária	
A) Reumatismo	1	2	3	99
B) Artrite/artrose	1	2	3	99
C) Osteoporose	1	2	3	99
D) Asma ou bronquite	1	2	3	99
E) Tuberculose	1	2	3	99
F) Embolia	1	2	3	99
G) Pressão alta	1	2	3	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	3	99
I) Problemas cardíacos	1	2	3	99
J) Diabetes	1	2	3	99
K) Obesidade	1	2	3	99
L) Derrame	1	2	3	99
M) Parkinson	1	2	3	99
N) Incontinência urinária	1	2	3	99
O) Incontinência fecal	1	2	3	99
P) Prisão de ventre	1	2	3	99
Q) Problemas para dormir	1	2	3	99
R) Catarata	1	2	3	99
S) Glaucoma	1	2	3	99
T) Problemas de coluna	1	2	3	99
U) Problema renal	1	2	3	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	3	99
W) Tumores malignos	1	2	3	99
X) Tumores benígnos	1	2	3	99
Y) Problema de visão	1	2	3	99

**14) Número de doenças.....**

--	--

## ANEXO D - Índice de Katz

### 15) Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD)

Para cada área do funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho – a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho e essa é usualmente utilizada para banho) <b>1( )</b>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <b>2( )</b>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <b>3( )</b>
Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente <b>1( )</b>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <b>2( )</b>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido <b>3( )</b>
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso alterasse sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <b>1( )</b>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite <b>2( )</b>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <b>3( )</b>
Transferência - a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <b>1( )</b>	Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio <b>2( )</b>	Não sai da cama <b>3( )</b>
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <b>1( )</b>	Tem "acidentes" ocasionais. *acidentes=perdas urinárias ou fecais <b>2( )</b>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente <b>3( )</b>

<p>Alimentação - a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas enterais para se alimentarem são considerados dependentes.</p>		
<p>Alimenta-se sem assistência <b>1( )</b></p>	<p>Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <b>2( )</b></p>	<p>Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <b>3( )</b></p>

16) Número de ABVD que não consegue realizar.....

--	--

## ANEXO E - Escala de Lawton e Brody

### 17) Escala de Lawton e Brody (AIVD)

Atividade	Avaliação	
O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1

16) Número de AIVD que não consegue realizar .....

**ANEXO F - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada**

- 17) O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a vida? Sim ( 1 ) \*Não ( 2 ).....
- 18) O(a) Sr(a) interrompeu muitas das suas atividades? \*Sim ( 1 ) Não ( 2 ).....
- 18) O(a) Sr(a) acha sua vida está vazia? \*Sim ( 1 ) Não ( 2 ).....
- 19) O(a) Sr(a) fica com frequência aborrecido? \*Sim ( 1 ) Não ( 2 ) .....
- 20) O(a) Sr(a) está de bem com a vida na maior parte do tempo? Sim ( 1 ) \*Não ( 2 ).....
- 21) O(a) Sr(a) tem medo de que algo ruim lhe aconteça? \*Sim ( 1 ) Não ( 2 ).....
- 22) O(a) Sr(a) se acha alegre na maior parte do tempo? Sim ( 1 ) \*Não ( 2 ).....
- 23) O(a) Sr(a) com frequencia se sente desamparado(a)? \*Sim ( 1 ) Não ( 2 ).....
- 24) O(a) Sr(a) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? \*Sim ( 1 ) Não(2).....
- 25) O(a) Sr(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? \*Sim ( 1 ) Não(2).
- 26) O(a) Sr(a) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? Sim ( 1 ) \*Não ( 2 ).....
- 27) O(a) Sr(a) vale a pena viver como está vivendo agora? Sim ( 1 ) \*Não ( 2).....
- 28) O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia? Sim ( 1 ) \*Não ( 2).....
- 29) O(a) Sr(a) acha que sua situação tem solução? Sim ( 1 ) \*Não ( 2).....
- 30) O(a) Sr(a) acha que tem muita gente em situação melhor que o Sr(a)? \*Sim ( 1 ) Não ( 2)...

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

*Avaliação:* Conte 1 ponto para cada resposta indicativa de depressão (Estão marcadas com asterisco as questões compatíveis com indicação de depressão)  
*Considere:* A soma total de pontos superior a 5 é indicativa de depressão.

31) Resultado obtido: Score .....

Classificação: indicativo de depressão (1)sim (2)não.....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro**



7/7

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

**Parecer Consubstanciado**

**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS  
IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE UBERABA**

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Darlene Mara dos Santos Tavares**

**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM**

**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 15-10-2009**

**PROTOCOLO CEP/UFTM: 1477**

01 computador (R\$2.000,00); 01 Impressora (R\$400,00); Acesso à internet; 01 Computador Notebook (R\$3.000,00); Software (SPSS, mapiinfo, Windows) R\$ 14.000,00; Bolsa de Iniciação científica (R\$ 7.200,00). Estes equipamentos já estão disponíveis de projeto aprovado pela FAPEMIG e CNPq  
Total R\$ 26.600,00

Será solicitado duas bolsas de iniciação científica no final do ano, cota da instituição da FAPEMIG.

**12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR**

A pesquisadora recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM e foi contemplada com bolsa de produtividade em Pesquisa do CNPq.

**13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO**

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelos entrevistadores antes da realização da coleta dos dados.

**14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO** – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E  
COMPLEMENTARES**

**PARECER DO CEP: APROVADO**

**(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).**

**DATA DA REUNIÃO: 12-02-2010**

  
**Prof. Ana Palmira Soares dos Santos  
Coordenadora**

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba*”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é verificar as condições de saúde e a qualidade de vida entre os idosos e ver as diferenças entre os sexos e as idades. Caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3318 5483 (34) 3318 5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

**APÊNDICE B - Termo para autorização da pesquisa pelo Secretário de Saúde de Uberaba/MG**

Ao Secretário Municipal de Saúde de Uberaba

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Saúde e qualidade de vida da população idosa rural do município de Uberaba” que tem como objetivos:

1. Descrever o perfil multidimensional de idosos, residentes na zona rural de Uberaba, segundo as variáveis: sociodemográficas e econômicas, condições de saúde e capacidade funcional;
2. Descrever a qualidade de vida dos idosos, residentes na zona rural de Uberaba, utilizando-se dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD segundo os respectivos domínios e facetas;
3. Verificar a associação dos escores, geral e por domínio e faceta, da qualidade de vida com as variáveis: sexo, faixas etárias (60|- 70, 70|- 80 e 80 e mais); escolaridade, renda, número de morbidade e número de incapacidade funcional.

Desta forma, solicitamos autorização para que a coleta dos dados seja realizada no espaço da Unidade Saúde da Família. Informo que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM.

Atenciosamente,

---

Darlene Mara dos Santos Tavares  
Pesquisadora Responsável