

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE BAIXA ESCOLARIDADE EM MACEIÓ/AL

Madson Alan Maximiano-Barreto (mmaximianopsi@gmail.com)^{1□} & André Fernando de Oliveira Fermoseli (afermoseli@hotmail.com)^{1,2}

¹Centro Universitário Tiradentes, Maceió/AL, Brasil; ²Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, Brasil

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo analisar a prevalência de Ansiedade e Depressão em idosos de baixa escolaridade da comunidade Santo Onofre em Maceió – AL. Trata-se de um estudo transversal não probabilístico realizado com 86 idosos do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), com idades compreendidas entre os 60 e os 90 anos (\bar{X} = 68,05; DP = 6,7). Utilizou-se como método de pesquisa a Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) para análise de possível sintomatologia de Depressão e Ansiedade além do questionário desenvolvido pelos pesquisadores com intuito de identificar idade, cor, nível socioeconômico e outros. Verificou-se que os longevos do sexo feminino apresentam estatisticamente maior GDS-15 e GAI que os longevos do sexo masculino. O teste χ^2 apresentou relação estatisticamente significativa entre o sexo dos indivíduos e a ocorrência da Ansiedade ($\chi^2 = 4,85$; gl = 1, $p < 0,05$). Contudo, sugere-se a realização de novos estudos direcionado a esta população visto o crescente aumento destes, assim como, incluir o fator escolaridade dentro de ações que possibilite melhoria no dia-a-dia dos sujeitos.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, idosos, baixa escolaridade

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE ELDERLY WITH LOW EDUCATIONAL LEVEL IN MACEIÓ/AL

ABSTRACT: This article aims to analyze the prevalence of anxiety and depression in the elderly with low educational level of the community Santo Onofre in Maceió - AL. It is a non-probabilistic cross-sectional study conducted with 86 elderlies, aged between 60 and 90 years (\bar{X} = 68.05; SD = 6,784), from Health of the Family Strategy Program (HFS). It adopted as a research method the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) for analyzing possible symptoms of depression and anxiety and a closed questions survey, developed by the researchers, to identify age, color, socioeconomic level and others. It was found that oldest women have statistically higher GDS-15 and GAI than oldest men. The χ^2 test identified a statistically significant link between sex of individuals and the occurrence of Anxiety ($\chi^2 = 4.85$, $df = 1$, $p < 0.05$). However, it is suggested to produce new studies for this population due to two factors: a) the increase in the number of elderly people in Brazil and b) to include the variable "education" as part of the actions that improves the routine of individuals.

Keywords: anxiety, depression, elderly, low education

□ Rua Alamedas São Francisco, Edf, Pinheiro, Bloco 5b, Ap-105, Bairro: Pinheiro, Maceió, Alagoas, CEP: 57055-770, Brasil. Telf.: +55 (82) 9992081-49. e-mail: mmaximianopsi@gmail.com

Recebido em 26 de Janeiro de 2017 / Aceite em 23 de Outubro de 2017

O número de idosos no Brasil e no mundo vem aumentando e há cada ano são acrescidos cerca de 650 mil idosos na população brasileira (Xavier Nobre et al, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto maior país em número de idosos no mundo, o que demandará a criação de diversas políticas públicas para melhoria da qualidade de vida desses sujeitos (Alves et al, 2015).

Nesse sentido, segundo Fiedler & Peres (2008, p. 409), “[...] a expectativa de vida dos idosos brasileiros em 1900 não alcançava os 35 anos de idade, em 1950 atingiu 43 anos, em 2000, 68 anos, com a expectativa de atingir 80 anos em 2025 [...]”. Considerado um país em desenvolvimento, acredita-se que este não se encontra preparado para atender as demandas diante da saúde dos idosos (Silva & Dal Prá, 2014).

O Nordeste, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS (2012), é a segunda região onde se encontra o maior número de idosos, com 26% do total de sua população enquadrada nessa categoria. Muitos desses idosos apresentam diversas patologias e comorbidades concedidas pelo próprio processo do envelhecimento. Dentre essas estão: Pneumonia, Cardiopatia Não-Isquêmica, Doença Cerebrovascular, Doença Hipertensiva, Ansiedade, Depressão e outros. Porém, a Ansiedade e Depressão, segundo Almeida et al (2015, p.629), são consideradas “[...] um problema de saúde tão frequente quanto a *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial [...]”.

A Ansiedade tem como principais sintomas a insônia, tensão, angústia, irritabilidade e também sintomas físicos como cefaléia, dores musculares, taquicardia e outros (APA, 2014). Segundo Skinner & Vaughan (1985), a Ansiedade está correlacionada às limitações apresentadas na velhice, transformando um idoso ativo em passivo de suas atividades diárias, tendo como consequência essas sensações supracitadas. No entanto, faz-se necessário salientar que essa psicopatologia pode se manifestar em qualquer fase da vida.

Diante dos diversos transtornos de Ansiedade que pode acometer o indivíduo, estão o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Agorafobia, Fobia Social e Transtorno do Pânico (TP), entre outros, descritos no Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014). Nardi, Grassi-Oliveira e Pádua (2016) afirmam que o TAG é o transtorno mais comum entre os idosos. Uma pesquisa desenvolvida por Machado et al (2016), mostrou que o acometimento do TAG em idosos é de 22%, com prevalência em idosos de baixa escolaridade.

A prevalência de indivíduos que apresentam sintomas ansiosos, desconsiderando o preenchimento dos critérios para diagnóstico, é de 52% quando vivem em comunidade e 15% a 56% no cenário clínico (descrição dos sinais e sintomas apresentado pelo paciente); porém, quando se leva em consideração o DSM-5, o Transtorno de Ansiedade apresenta uma variância entre 1,2% a 15% em indivíduos que vivem em comunidade e 1% a 28% no cenário clínico (Nardi, Grassi-Oliveira & Pádua, 2016).

Sabe-se que a Ansiedade é considerado um possível fator de risco para o acometimento da Depressão (Sousa, 2014; Barreto et al, 2015), sendo bastante frequente a ocorrência simultaneamente dessas duas psicopatologias entre os idosos. No caso de indivíduos depressivos, estes apresentam uma menor resposta aos tratamentos farmacológicos e traz, como uma de suas consequências mais comum, o suicídio.

A Depressão por sua vez, é uma psicopatologia considerada um problema de saúde pública, chegando a atingir mais ou menos 15% a 25% da população geral. Segundo Camargo, Sousa & Oliveira (2014), 24 a 30 milhões de pessoas tiveram ou apresentaram alguns episódios de Depressão em determinado momento de suas vidas.

Segundo o DSM-5, os principais sintomas da Depressão são humor deprimido na maior parte do dia, diminuição das atividades de seu interesse, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia na maior parte da semana, diminuição da energia ou fadiga, capacidade de pensar ou se concentrar diminuída

e pensamento de morte com frequência. (APA, 2014). Isso traz uma série de implicações no contexto social e profissional do sujeito (Marques, 2016).

Entre os diversos tipos de transtornos descritos nos DSM-5, além dos precitados, estão o Transtorno de Depressão Maior (TDM), Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Persistente, Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. Segundo Nardi, Grassi-Oliveira & Pádua (2016) e Marques (2016), o TDM é mais ocorrente do que os demais transtornos depressivos em indivíduos que atingem a terceira idade.

Esta psicopatologia está presente entre os idosos que habitam em comunidade em um percentual de 14,6% e quando este está relacionado à indivíduos institucionalizados ou hospitalizados, o valor chega a 22%. Esses valores não consideram nenhum dos critérios apresentados no DSM-5 para diagnóstico do TDM; entretanto, quando se considera pelo menos cinco dos nove critérios apresentados pelo DSM-5, o índice de TDM para indivíduos que habitam em comunidade aumenta consideravelmente, atingindo 59,3% do total (Frank & Rodrigues, 2011).

Dado isso, ainda é possível levar em consideração as restrições decorrentes dos baixos níveis de escolaridade, socioeconômico e intelectual, entre outros fatores presentes em sujeitos que residem em comunidades. Desta forma, essas variáveis podem corroborar para o aumento significativo dos transtornos (Hartmann & Gomes, 2016).

Sanchez e Lourenço (2009) afirmam que a baixa escolaridade é considerada um fenômeno muito visto entre os idosos e diversos estudos realizados mostraram que a baixa escolaridade é considerada um fator bastante influenciador no acometimento dos sintomas ansiogênicos e depressivos e possíveis transtornos, como os descritos acima (Almeida et al, 2015; Minghelli et al, 2013; Pardal, 2011).

Um estudo realizado por Minghelli et al (2013), com 72 idosos, sendo 29 do sexo masculino, e 43 do sexo feminino com idade entre 65 e 96 anos, apontou que o nível socioeconômico, baixo nível de escolaridade, incapacidade e outros são considerados fatores exógenos, capazes de contribuir para a ocorrência de Ansiedade e Depressão entre os idosos.

Hartmann & Gomes (2016) desenvolveram um estudo com 425 idosos, de idade acima de 65 anos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), com o intuito de determinar a ocorrência de Depressão e os padrões cognitivos destes indivíduos. Nele, percebeu-se que fatores como baixo nível econômico, baixa escolaridade e outros, contribuíram significativamente para a diminuição cognitiva dos idosos.

Um outro estudo com objetivo de analisar a prevalência de Depressão em idosos hospitalizados, com a participação de 50 pacientes, apresentou como resultado a presença de quadro depressivo em 46%, dos quais, 16% eram analfabetos, 42% frequentaram a escola de 1 a 3 anos, 22% de 4 a 7 anos e 20% mais que 7 anos (Ferrari & Dalacorte, 2007). Ou seja, a variável escolaridade é um fator importante a ser analisado nos estudos desenvolvidos com idosos.

Indo numa direção oposta, o estudo realizado por Silva et al (2016), com objetivo de avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos e com a participação de 18 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 70 e 79 anos, apresentou como um dos resultados a não influência da baixa escolaridade na QV dos participantes.

Com intuito de descrever o real significado de “baixa escolaridade”, nos deparamos com diversos estudos que fazem uso desta nomenclatura, porém, não as definem. No entanto, como parâmetro de descrever o significado desta, percebeu-se que baixa escolaridade não é o mesmo que analfabetismo, ou seja, indivíduos com baixa escolaridade são aqueles que não conseguem interpretar determinados textos no meio social, que não concluíram o ensino fundamental, mas que sabem escrever seu próprio nome e conseguem identificar números e letras. Nicolato, Couto & Castro (2016, p. 2203), mostraram em seu estudo que “[...] o Ensino Fundamental Incompleto prevaleceu em 75% dos entrevistados e este dado reflete a baixa escolaridade dos idosos [...]”, ou seja, a baixa escolaridade é, de fato, o Ensino

Fundamental Incompleto. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010, [S.p.]) apresenta as seguintes definições para a escolaridade: “sem instrução; 1º ciclo fundamental incompleto; 1º ciclo fundamental completo/ 2º ciclo incompleto; 2º ciclo fundamental completo ou mais; não determinada”.

A baixa escolaridade, assim como o analfabetismo, é considerada um fator determinante para ocorrência de situações que resultam em problemas na vida do sujeito, seja ele adolescente ou idoso. Sendo assim, surgiu como principal objetivo deste estudo a análise da ocorrência da Ansiedade e Depressão em idosos de baixa escolaridade na comunidade Santo Onofre no Município de Maceió-AL.

MÉTODO

Participantes

Foi realizado um estudo descritivo e transversal, com indivíduos a partir de 60 anos, com baixa escolaridade e cadastrados no programa Estratégia Saúde da Família (ESF) que residem na comunidade Santo Onofre, no bairro de Cruz das Almas em Maceió-AL, através de uma amostragem não-probabilística por conveniência e intencional. O estudo foi feito com 86 idosos de forma voluntária e que estivessem dispostos a participar de todas as etapas da pesquisa, como rege o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos

Para chegarmos aos idosos, contamos com o apoio da equipe de agentes de saúde que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco de Paula, localizada na comunidade. Foi feita uma seleção dos indivíduos a serem visitados em conjunto com os agentes de saúde do ESF, que foram acompanhados em suas atividades diárias do período de junho a agosto de 2016.

Material

Diante das visitas realizadas, foram coletados os dados dos participantes, com o preenchimento do questionário desenvolvido pelos pesquisadores para identificação de sexo, raça, classe socioeconômica e outros e a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) de Yesavage - Versão Reduzida e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).

A GDS foi elaborada por Yesavage et al (1983) objetivando avaliar ocorrência de Depressão em idosos; é composta por 30 questões com respostas de padrão binário sim/não. A GDS-15 foi escolhida, a princípio, por ser autoaplicável. Em estudo realizado por Almeida & Almeida (1999), com intuito de avaliar a eficácia da GDS-15, a mesma se mostrou com uma boa confiabilidade, garantindo sua validade para possível identificação de Depressão em idosos. Esta possui 15 questões com respostas negativas/positivas, tendo como nota de corte um **total** > 5, caracterizando assim o sujeito com sintomas depressivos.

O GAI é um instrumento utilizado para avaliação de sintomatologia ansiosa apresentada na terceira idade. O instrumento foi desenvolvido em 2007 pela pesquisadora Pachana e colaboradores e é constituído por 20 questões com resposta concordo/discordo. A somatória das respostas **concordo** > 10 caracteriza o indivíduo com sintomatologia de Ansiedade. Utilizou-se a versão traduzida para o português brasileiro no ano de 2010 por Martiny et al (2011), indicada para aplicação em indivíduos idosos. Assim como a GDS-15, este também é autoaplicável e apresentou uma confiabilidade bastante significativa na sua tradução e retrotradução.

Análise dos dados

Após a etapa de coleta de dados, foi feita análise estatística não-probabilística, através dos programas Microsoft Excel (versão 2016) e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 23.0), de maneira descritiva por frequência relativa (percentual). Com a sistematização desses dados, caracterizou-se o perfil socioeconômico e a prevalência de sintomas ansiogênicos e depressivos desses indivíduos.

Posteriormente, esses dados também foram utilizados para avaliação do teste indutivo Qui-quadrado (χ^2), para identificar a existência ou não de relação entre variáveis. O intuito da análise foi identificar se idosos de baixa escolaridade apresentam Depressão ou Ansiedade.

Procedimentos

O projeto que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes - UNIT (parecer nº 1.602.998), tendo sido atendidos e respeitados rigorosamente todos os princípios e diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a Resolução Ética 466/2012.

RESULTADOS

Este estudo teve a participação de 86 idosos, com idade entre 60 a 90 anos ($\bar{X} = 68,05$; $DP = 6,7$), que residem na comunidade Santo Onofre, em Maceió/AL. Há predominância do sexo feminino 66,28% ($n = 57$), na faixa etária entre 60 a 89 anos ($\bar{X} = 67,36$; $DP = 6,5$), com amplitude de 29 anos. Já a participação dos sujeitos do sexo masculino 33,72% ($n = 29$), apresentou-se com idade entre 60 a 90 anos ($\bar{X} = 69,41$; $DP = 7,2$), com uma amplitude de 30 anos. Com relação à etnia dos idosos, observou-se que a maioria 56,98% ($n = 49$) se denominou pardos, os demais se identificaram como sendo: brancos 23,26% ($n = 20$), negros 16,28% ($n = 14$) e amarelos 3,49% ($n = 3$).

Quanto à escolaridade dos sujeitos estudados, 61,63% ($n = 53$) tiveram acesso à escola e os demais, ou seja, 38,37% ($n = 33$), não tiveram oportunidade de se inserir na escola devido às necessidades impostas pelos pais naquela época que seriam “trabalhar com os pais na agricultura, cuidar dos irmãos e da casa”¹ e outros. Dos que tiveram inserção à escola, 83,01% ($n = 44$) frequentaram o ensino fundamental, mas não completaram; 13,21% ($n = 7$) o ensino médio; 1,89% ($n = 1$) o curso técnico; e 1,89% ($n = 1$) concluiu a graduação.

Dos que frequentaram o ensino Fundamental, 68,18% ($n = 30$) frequentaram a escola até 4 anos e 31,82% ($n = 14$) até 8 anos. Quanto às atividades remuneradas, acredita-se que estes indivíduos se inseriram principalmente no mercado informal, limitados por sua baixa escolaridade. Portanto, esses indivíduos utilizaram sua força de trabalho em empregos que não exigiam capacitação da mão-de-obra: as mulheres desenvolveram funções como doméstica 26,67% ($n = 12$), lavadeira 20,00% ($n = 9$), costureira 11,11% ($n = 5$) e cozinheira 11,11% ($n = 5$); e os homens, pedreiro 20,00% ($n = 9$), motorista 6,67% ($n=3$) e serviços gerais, mecânico e vigia 4,44% ($n=2$) cada.

Essas são as atividades que mais se destacaram entre todos longevos no período que fizeram parte da população economicamente ativa. Porém hoje muitos destes, 51,16% ($n = 44$), encontram-se aposentados, enquanto que 22,09% ($n = 19$), recebem o Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS), 20,93% ($n = 18$) não são aposentados, e 5,81% ($n = 5$) recebem pensão. Quanto às causas da aposentadoria dos longevos estudados, 35,09% ($n = 20$) aposentou-se por invalidez e

¹ Comunicação oral em entrevista realizada com indivíduos da pesquisa.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE BAIXA ESCOLARIDADE

os demais 64,91% (n = 24) pelo tempo de serviço.

Quanto à renda salarial, 48,84% (n = 42) indivíduos da comunidade Santo Onofre sobrevivem apenas com até um salário mínimo por residência; 38,37% (n = 33), com até dois salários mínimos; 8,14% (n = 7), com até três salários mínimos; e 4,65% (n = 4), com mais de quatro salários mínimos.

O Quadro 1 apresenta o arranjo familiar quanto aos parentes que residem ou não com os longevos estudados. Assim, nesse universo estudado, 257 pessoas vivem nessas 84 residências, com uma renda média de 1,74 salários mínimos por unidade habitacional e 0,54 *per capita*.

Quadro 1.

Distribuição familiar dos idosos estudado da comunidade Santo Onofre – Maceió/AL

Descrição			Total	
	n	%	n	%
Idosos que residem só	15	17,44	86	100
Idosos que reside com um familiar	27	38,02	86	100
Idosos que reside com dois familiares	14	19,71	86	100
Idosos que reside com três familiares	11	15,49	86	100
Idosos que reside com quatro familiares	4	5,63	86	100
Idosos que reside com cinco familiares	9	12,67	86	100
Idosos que reside com seis familiares	5	7,04	86	100
Idosos que reside com sete familiares	1	1,03	86	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à saúde, embora nem todos os habitantes da Comunidade Santo Onofre tenham acesso aos serviços públicos de saúde, todos os idosos que foram estudados nesta pesquisa, por estarem cadastrados no ESF, têm acesso a UBS da localidade, dos quais 54,65% (n = 47) afirmam ter dificuldade de atendimento e 45,35% (n = 39) não encontram nenhum empecilho. Do número total de idosos, 60,47% (n = 52) alegam fazer exames de rotina.

Estes idosos ainda residem no entorno de uma Instituição de Ensino Superior (IES), que disponibiliza serviços como atendimento psicoterápico, odontológico, jurídico, fisioterapêutico, entre outros, para essa comunidade e demais interessados. No entanto, apenas 3,49% (n=3) tiveram acesso às atividades fornecidas. Não se sabe se por falta da procura dos indivíduos, pela indisponibilidade do serviço para atender os demais ou até mesmo desconhecimento da oferta desse serviço. Quanto as atividades de lazer, 41,86% (n = 36) desenvolve alguma atividade de lazer e 58,14% (n = 50) não apresenta nenhuma atividade de lazer.

No que diz respeito ao apoio familiar, 63,95% (n = 55), ou seja, mais da metade, recebe esse apoio positivo e 36,05% (n = 31) apontam não ter nenhum tipo de amparo. Quanto ao amparo por parte dos amigos, 68,60% (n = 59) não tem nenhum tipo de ajuda, enquanto apenas 31,40% (n = 27) apresenta ter auxílio dos amigos.

Com a finalidade de inferir a relação entre o sexo e a ocorrência de Ansiedade, através do teste χ^2 , constatou-se que existe relação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,85$; gl = 1, p < 0,05). Não diferente dos estudos citados acima, nesta pesquisa foi identificada, dentre os indivíduos que apresentaram um quadro ansiogênico, uma maior ocorrência nas mulheres 78,04% (n = 32), enquanto que em apenas 21,96% (n = 9) dos indivíduos do sexo masculino foram identificados sinais de Ansiedade.

Utilizou-se o teste χ^2 relacionando o acometimento de Ansiedade com os indivíduos que sabiam escrever ou não seu nome, obtendo-se ($\chi^2 = 0,62$; gl = 1, p > 0,05) apresentando um resultado estatisticamente não significativo, ou seja, o fato de saber ou não escrever seu próprio nome não é considerado um fator influenciador da sintomatologia de Ansiedade.

A análise bivariada dos dados também confirmou que não há relação entre residir só e o acometimento da Ansiedade. Contudo, dentro do universo pesquisado, 51,16% (n = 44) não apresentaram nenhuma sintomatologia ansiogênica; 29,07% (n = 25), possível caso de Ansiedade; e 19,77% (n = 17), prováveis sintomas de Ansiedade.

O Quadro 2 apresenta, de forma detalhada, os resultados do GAI, que permitem constatar a preocupação demasiada diante da falta de conhecimento, a desesperança encontrada nas condições de vida atual dos idosos, a falta de oportunidade e outros fatores que são considerados prenúncios para a ocorrência de diversas psicopatologias, que podem levar o idoso a desencadear Ansiedade e possível Depressão.

Quadro 2.

Resultados detalhado do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) com idosos da comunidade Santo Onofre em Maceió - AL.

Descrição	Concordo		Discordo		Total	
	n	%	n	%	n	%
01. Eu me preocupo a maior parte do tempo	67	77,9	19	22,1	86	100
02. Acho difícil tomar decisão	45	52,3	41	47,7	86	100
03. Sinto-me agitado com frequência	48	55,8	38	44,2	86	100
04. Acho difícil relaxar	43	50,0	43	50,0	86	100
05. Frequentemente, não consigo aproveitar as coisas por causa de minha preocupação	52	60,5	34	39,5	86	100
06. Pequenas coisas me aborrecem muito	50	58,1	36	41,9	86	100
07. Frequentemente, sinto como se tivesse um “frio na barriga”	41	47,7	45	52,3	86	100
08. Pensou que sou preocupado	50	58,1	36	41,9	86	100
09. Não posso deixar de preocupar-me mesmo com as coisas triviais	53	61,6	33	38,4	86	100
10. Frequentemente me sinto nervosa	55	64,0	31	36,0	86	100
11. Meus próprios pensamentos com frequência me deixam ansioso	54	62,8	32	37,2	86	100
12. Tenho dor de estômago por causa das minhas preocupações	31	36,0	55	64,0	86	100
13. Eu me vejo como uma pessoa nervosa	43	50,0	43	50,0	86	100
14. Sempre espero que o pior irá acontecer	26	30,2	60	69,8	86	100
15. Frequentemente me sinto tremendo por dentro	37	43,0	49	57,0	86	100
16. Acho que minhas preocupações interferem na minha vida	41	47,7	45	52,3	86	100
17. Minhas preocupações frequentemente me oprimem	60	69,8	26	30,2	86	100
18. Às vezes, sinto como se tivesse um grande nó no estômago	29	33,7	57	66,3	86	100
19. Perco coisa por me preocupar de mais	33	38,4	53	61,6	86	100
20. Frequentemente me sinto chateado	36	41,9	50	58,1	86	100

Resposta (CONCORDO) correspondem a um ponto, questões essas utilizadas para somatória negativa no total da escala.

Fonte: Dados da pesquisa.

Perante os idosos estudados na pesquisa, no que concerne à Depressão, 46,51% (n = 40) apresentaram sintomatologias depressiva, destes, 72,50% (n = 29) do sexo feminino e 27,50% (n = 11) sexo masculino e os demais, ou seja, 53,49%, (n = 46) não apresentaram nenhuma sintomatologia depressiva. A Quadro 3 apresenta, de forma detalhada, os resultados de cada questão que compõe o GDS-15. Com finalidade de identificar a relação entre o sexo e a ocorrência de Depressão, utilizou-se o teste χ^2 e constatou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo dos indivíduos e a ocorrência de Depressão ($\chi^2 = 1,29$; gl = 1, p > 0,05).

Quadro 3.

Resultados detalhado de cada questão da Escala Geriátrica de Depressão (GDS – 15)

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DE BAIXA ESCOLARIDADE

com idosos da comunidade Santo Onofre em Maceió - AL.

Descrição	Sim		Não		Total	
	n	%	N	%	n	%
01. Está satisfeito (a) com sua vida	73	84,9	*13	15,1	86	100
02. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses	*62	72,1	24	27,9	86	100
03. Sente que a vida está vazia	*44	51,2	42	48,8	86	100
04. Aborrece-se com frequência	*54	62,8	32	37,2	86	100
05. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo	68	79,1	*18	20,9	86	100
06. Teme que algo ruim possa lhe acontecer	*52	60,6	34	39,5	86	100
07. Sente-se feliz a maior parte do tempo	71	82,6	*15	17,4	86	100
08. Sente-se frequentemente desamparado	*34	39,5	52	60,5	86	100
09. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas	*51	59,3	35	40,7	86	100
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria	*31	36	55	64	86	100
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora	86	100	*0	00	86	100
12. Vale a pena viver como vive agora	75	87,2	*11	12,8	86	100
13. Sente-se cheio (a) de energia	64	74,4	*22	25,6	86	100
14. Acha que sua situação tem solução	68	79,1	*18	20,9	86	100
15. Acha que tem muita gente em situação melhor	*70	81,4	16	18	86	100

(*) Questões que correspondem a um ponto, utilizadas para somatória negativa no total da escala.

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, feita a relação do teste χ^2 entre os indivíduos que sabiam escrever ou não seu nome e a ocorrência de Depressão, obteve-se ($\chi^2 = 0,054$; gl = 1, p > 0,05) apresentando um resultado estatisticamente não significativo.

Com intuito de avaliar o nível da Depressão entre os pesquisados, obteve-se os seguintes resultados: 53,49% (n = 46) sem Depressão, 45,35% (n = 39) com nível de Depressão de leve a moderado e 2,33% (n = 2) Depressão severa.

DISCUSSÃO

O número de idosos analfabetos e de baixa escolaridade é bastante significativo no Brasil, principalmente quando se trata da Região Nordeste, com grandes impactos negativos em diversos aspectos da QV dos idosos desta área. Dutra et al (2016) descrevem em seu estudo que o baixo nível de escolaridade em idosos pode acarretar implicações na manutenção da saúde e no manuseio dos medicamentos, principalmente a falta de conhecimento das doenças adquiridas e suas consequências. Para Frank & Rodrigues (2013), a maior escolaridade é considerada um fator de proteção nesse aspecto.

A saber, o salário mínimo atualmente no Brasil é de R\$ 880,00 reais e segundo Vieira (2015, p. 3) “[...] o salário mínimo aplicado no Brasil, desde a criação da Constituição Federal de 1988 até os dias atuais não é suficiente para satisfazer suas necessidades [...]”. Assim, muitos desses idosos ainda desenvolvem atividades no dia-a-dia com intuito de ter uma renda extra, dado que, o salário mínimo não contempla suas necessidades e de seus familiares. A baixa renda salarial desses idosos diante de suas necessidades não traz boas condições de bem-estar, tornando-os vulneráveis e resultando em diversos fatores adversos à saúde (Almeida et al, 2015).

Diante do atual contexto dos longevos estudados, constatou-se a que a renda da comunidade não possui uma soma significativa diante das necessidades básicas de sobrevivência. Nesse sentido, os dados obtidos no levantamento de dados empíricos desta pesquisa são extremamente dissonantes com as conclusões apresentados por Xavier Nobre et al (2015), em seu estudo, o qual afirma que, surpreendentemente, quanto maior o tempo vivido, melhor qualidade de vida e condições de saúde exibidas pelos longevos.

Um outro fator relevante está relacionado aos idosos residentes sós, onde estes, apresentam grande possibilidade de declínio quanto a sua saúde, dificultando até a autopercepção de suas necessidades de

modo geral (Oliveira, Neri & D'Elboux, 2016). Além disso, as baixas condições de habitabilidade desses idosos pode ser um fator que implique na sua saúde; entretanto a Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa, do Governo Federal, apresenta a residência como sendo um dos melhores ambientes para os idosos, pois lhes possibilita autonomia (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

No que concerne à saúde, os idosos pesquisados são atendidos no Estratégia Saúde da Família. A saber:

A Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica de saúde devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção do equilíbrio físico e mental desse idoso (Alves et al, 2015, p. 10).

Diante dos resultados, pode-se perceber que a ocorrência de Depressão é bem frequente entre os idosos, e quando relacionados ao não desenvolvimento de atividades de lazer e atividade física percebe-se o possível aumento nos sintomas tanto da Ansiedade, como da Depressão. Minghelli et al (2013), em seu estudo, concluíram que a atividade física é possivelmente um caminho capaz de diminuir os níveis de Depressão e Ansiedade nos longevos.

Embora tenham sido criadas diversas políticas de saúde endereçadas aos idosos - a Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006, por exemplo - com intuito de garantir uma qualidade de vida, manter a dignidade e suprir as necessidades básicas desta população, seja nos âmbitos social, cultural e de saúde, entre outros, percebe-se que isso não é visto em prática, uma vez que a saúde, assim como atividades de lazer e moradia, não tem sido disponibilizado para todos os cidadãos de forma igualitária (Brasil, Ministerio da Saúde, 2006).

Também é essencial para os idosos a sua base familiar, para dar suporte às suas necessidades, principalmente quando este reside só e apresenta determinada patologia. A ajuda positiva dos familiares para com os longevos pode impossibilitar a ocorrência de Depressão e aliviar a Ansiedade (Oliveira, Neri & D'elboux, 2016).

Outro fator bastante acometido nos longevos é o declínio cognitivo, podendo ser potencializado pela baixa escolaridade, e que leva à demência, trazendo consigo Ansiedade e Depressão como comorbidade (Hartmann & Gomes, 2016). A negligência as sintomatologias apresentadas pelos idosos pelos familiares e até mesmo por profissionais da saúde tem se configurado como um problema para o agravamento desses quadros psicopatológicos, pois a ausência de tratamentos adequados acarreta em episódios em intervalos cada vez mais frequentes dos paroxismos das patologias primárias e suas comorbidades (Frank & Rodrigues, 2013; Hartmann & Gomes, 2016).

A Ansiedade pode ser entendida como uma antecipação de futuras ameaças oriunda do meio e, por vezes, é confundida com medo. A depender de sua intensidade, estes dois estados podem ser considerados normais ou patológicos (Castro, 2006).

[Eles] se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. (APA, 2014, p. 189).

Ainda sobre a Ansiedade, esta é muito frequente em idosos, porém seu aparecimento é comumente desencadeado por fatores primários e está geralmente relacionado às doenças cardiovasculares, uso

contínuo de medicamentos, gastrointestinais e outros, ou seja, é considerada uma patologia secundária. Embora em alguns momentos ela seja considerada uma comorbidade, a Ansiedade é frequentemente um fator primário de alta recorrência no processo de envelhecimento e está presente em indivíduos de ambos os sexos, com prevalência em sujeitos do sexo feminino (Machado et al, 2016).

A discussão das relações entre Ansiedade e Depressão é antiga, principalmente no campo da psicologia. Contudo, Sousa (2014) apresentou a Ansiedade como um prenúncio da Depressão, no qual o sujeito que esteja acometido por esta pode apresentar comportamentos de fuga, esquiva e, dependendo do nível de Ansiedade, os seus possíveis transtornos, como o TAG, descrito anteriormente. Todavia, a ocorrência da Depressão é algo ainda mais presente nos idosos, na qual estes se sentem incapazes de enfrentar o perigo, extinguindo, assim, sua necessidade de viver e desejar morrer por se considerar impotente diante das ameaças do dia-a-dia (Pardal, 2011).

Sabe-se que a Depressão em idosos é multifatorial e envolve fatores fisiológicos e genéticos, como a diminuição de dopamina e outros neurotransmissores, perdas inesperadas de entes queridos ou abandono e doenças que incapacitam os idosos e os fazem se tornarem dependentes (Almeida et al, 2015; Barreto et al, 2015; Frank & Rodrigues, 2011).

Com intuito de avaliar a ocorrência da Depressão nos idosos, fizemos uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) - Versão Reduzida. Esse instrumento é de grande importância para rastrear Depressão em pacientes longevos. Os mesmos instrumentos, porém, com uma versão mais reduzida GDS-10 e GDS-4 não apresentaram tanta confiabilidade quanto o GDS-15, que se manteve estável no teste e no reteste (Almeida et al, 2015).

Os resultados do GDS-15 obtidos nesta pesquisa em indivíduos que moram na comunidade não apresentaram diferenças significativas em relação aos obtidos pelos dois autores realizada com indivíduos hospitalizados.

Levando em consideração os diversos fatores quanto a ocorrência de Ansiedade e Depressão, temos o fator escolaridade que tem sido raramente discutido e são encontrados poucos estudos quanto ao possível acometimento de Ansiedade e Depressão entre os longevos decorrente do baixo nível de escolaridade, algo que deveria ser considerado com um dos principais causadores dessas psicopatologias. Diversos autores, como Castro (2014), Ferrari & Dalacorte (2007), Minghelli et al (2013) e Sousa (2014), demonstraram em seus estudos que o alto índice da Depressão entre os idosos está fortemente relacionado aos que apresentam baixa escolaridade ou que são analfabetos.

O nível socioeconômico é um possível influenciador na qualidade de vida, visto que, como mostram os resultados, a caracterização socioeconômica dos sujeitos identificou que suas rendas não possibilitam condições de suprir as necessidades básicas de sobrevivência desses indivíduos. Destaca-se, no geral, a influência do nível de escolaridade e que suas implicações não estão apenas voltadas a transtornos psiquiátricos ou psicopatológicos; ela tem também como possível consequência a diminuição de qualidade de vida, a dificuldade ao acesso à saúde, dificuldade na manipulação de medicamentos e outros. Pondera-se também que isto possa se configurar como um outro fator que gera Ansiedade e Depressão nessa comunidade.

A falta de capacidade de leitura e interpretação de textos, aliada ao baixo acesso à informação, pode impossibilitar muitos desses idosos de obterem o mínimo de conhecimento para que exijam o cumprimento dos direitos básicos que lhe são assegurados pelo Estatuto do Idoso, as políticas públicas de saúde direcionadas para sua faixa etária e até mesmo as demais políticas criadas para lhe assegurar uma boa QV.

Reafirma-se, então, a importância da continuidade de pesquisas com estes indivíduos visando, principalmente, dois fatores: a) o aumento do número de pessoas idosas na população brasileira e b) incluir a variável "educação" como parte das ações que possam possibilitar melhoria na rotina dos indivíduos.

Buscaremos então, desenvolver uma ação com o grupo estudado, com intuito de promover o conhecimento quanto as psicopatologias, assim como, auxiliá-los juntos com a Unidade Básica de Saúde local atividades capazes de proporcionar melhoria para os longevos e demais indivíduos presentes na comunidade.

AGRADECIMENTOS

Aos agentes e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde São Francisco de Paula de Maceió – Alagoas em especial a Rosa, J. S., Palmeira, I., Silva, E.S., Brasileiro, C. A e Quirino, D e assistente social Lima, V. F.; as Professoras Msc^a. Siqueira T. C. A., e Msc^a Teixeira, V. P. G., pelas contribuições; ao Aguiar, I. M pelo auxilio nas tabulações dos dados; ao Agostinho C. J., pela correções gramaticais e auxilio na análise dos dados, e por fim, aos pacientes por aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. A. S. O., Lemes, A. G., Nascimento, F. V., Fonseca, M. N. P. I., Rocha, E. M. D., Volpato, R. J., ... & CARDOSO, T. P. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1895/pdf_648>. Acesso em 23 ago. 2016.

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, 57(2B), 421-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 ®)*. Pub Psiquiátrico Americano.

Alves, E. C. S., Rosa, L. S., Oliveira, M. K. S., Alves, W. S., Gamba, M. A., Quadros, J. F. C., & Araujo, D. D. (2015). Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros-MG. *Unimontes Científica*, 16(2), 08-17. Disponível em: <<http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/268>>. Acesso em: 20 set. 2016.

Barreto, M. A. M., de Oliveira Fermoseli, A. F., Marinho, A. A., de Jesus, C. L. P. F., & da Silva, K. K. M. (2015). As consequências da diminuição de dopamina produzida na substância *nigra*: uma breve reflexão. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 4(1), 83-90. doi: 10.17564/2316-3798.2015v4n1p83-90

Brasil. Ministério da Saúde. (2010) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/escadescr.htm>>. Aceso em: 07 set. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União 19 out 2006*. Disponível em:

<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 18 set. 2016.

Brasil. Ministério da saúde. (2012). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

Informações de Saúde (TABNET): *Demográficas e Socioeconômicas*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 11 set. 2016.

Camargo, R. D. M., Sousa, C. D. O., & Oliveira, M. L. C. D. (2014). Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 392-403. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/935>>. Acesso em:

03 out. 2016.

Castro, M., Quarantini, L., Daltro, C., Kraychette, D., & Miranda-Scippa, Â. (2006). Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Rev. baiana saúde pública*, 30(2), 211-223. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1361/962>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

Dutra, D. D., Duarte, M. C. S., de Albuquerque, K. F., de Lima, A. S., de Souza Santos, J., & Souto, H. C. (2016). Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4501-4509. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787>>. Acesso em: 18 set. 2016.

Ferrari, J. F., & Dalacorte, R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17(1), 3-8. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kq/groups/23520545/1876663878/name/TESTESNEURO1837.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

Fiedler, M. M., & Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 409-415.

Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2011). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. *Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan*, 314-325.

Junior, J. A. S. H., & Gomes, G. C. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1). Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1028/pdf_72>. Acesso em: 23 ago. 2016.

Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., ... & Quevedo, J. (2016). Prevalence of anxiety disorders and some comorbidities in elderly: a population-based study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n1/0047-2085-jbpsiq-65-1-0028.pdf>> Acesso em: 25 set. 2016.

Marques, M. A. B. (2016) Sintomas da Depressão após Lesão Encefálica: evidências de validade para ebadehosp- amb. p. 1-129. Trabalho de Conclusão de Curso, Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. Itatiba, 2016. Disponível em: <<http://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/23588334657478928.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016.

Martiny, C., Silva, A. C. D. O., Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(1), 08-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a03v38n1.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016.

Minghelli, B., Tome, B., Nunes, C., Neves, A., & Simoes, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 71-76. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/63036/65831>>. Acesso em: 01 set. 2016.

Nardi, T. C.; Grassi-Oliveira, R. Pádua, A. C. (2016) Terapia Cognitivo- Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos. In: Freitas, E. R.; Barbosa, A. J, G.; Neufeld. C. B. *Terapias Cognitivas-Comportamentais com idosos*. Novo Hamburgo: Sinopsys. 207-230.

Nicolato, F. V., do Couto, A. M., & de Castro, E. A. B. (2016). Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2). 2199-2211. doi: 10.19175/recom.v6i2.1016

Oliveira, D. C. D., Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2016). Lack of anticipated support for care for community-dwelling older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 566-573. doi: 10.1590/0034-7167.2016690321

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2006). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(01), 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504

Pardal, A. (2011) Suporte social, Sintomas de Ansiedade e Depressão e Satisfação com a vida em Idosos sob Resposta Social.01-32. Trabalho de Conclusão de Curso, Dissertação (Mestrado) – Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/129/1/AlexandraPardal7166_TesedeMestrado.pdf>. Acesso em 11 set. 2016.

Sanchez, M. A. D. S., & Lourenço, R. A. (2009). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 25(7), 1455-1465. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700003

Silva, A., & Dal Prá, K. R. (2014). Envelhecimento populacional no Brasil: elementos para pensar o lugar das famílias na proteção dos idosos. *Argumentum*, 6(1), 99-115. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/7382/5754>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

Silva, P. L. N., Teixeira, C. I. D. B. F., Soares, E. D., & dos Reis, C. (2016). Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(2), 24-35. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5617138>>. Acesso em: 19 de set. 2016.

Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo. Summus Editorial.

Sousa, M. C. C. (2014). *Comorbidade e relação temporal entre ansiedade e depressão em idosos institucionalizados* (Master's thesis, ISMT). Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/451/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_7_11.pdf>. Acesso em: 04 set. 2016.

Vieira, P. V. D. S. (2016). Salário Mínimo Brasileiro. O Art. 7º, Iv da constituição de 1988 sob a égide do controle concentrado de constitucionalidade. Disponível em: <<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1405/Artigo%20TCC%202015%20-%20UNIT%20atualizado%20%281%29.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 out 2016.

Xavier Nobre, T. T., Almeida de Oliveira, K. B., de Souza Neto, V. L., Oliveira de Mendonça, A. E., & Torres, G. D. V. (2015). Características sociodemográficas e condições de saúde de idosos de um município do interior do Nordeste/Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 542-551. doi: 10.5327/Z0100-0233-2015390300006

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4