







# Sintomas depressivos em idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense - estudo transversal

## *Symptoms of depression in older adults in a basic health care unit of a municipality in northwestern Paraná - cross-sectional study*

Daniel Vicentini de Oliveira<sup>1</sup> , Diogo Alves da Silva<sup>2</sup> , Walquiria Batista de Andrade<sup>3</sup> ,  
Roseana Pacheco Reis Batista<sup>4</sup> , Mateus Dias Antunes<sup>5</sup> ,  
José Roberto Andrade do Nascimento Júnior<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde, Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI), Universidade Cesumar - Maringá (PR), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de graduação em Educação física. Centro Universitário Metropolitano de Maringá (UNIFAMMA) - Maringá (PR), Brasil.

<sup>3</sup>Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação Física, Universitário Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

<sup>4</sup>Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação Física. Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) - Petrolina (PE), Brasil.

<sup>5</sup>Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação. Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

**Como citar:** Oliveira DV, Silva DA, Andrade WB, Batista RPR, Antunes MD, Nascimento Júnior JRA. Sintomas depressivos em idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense - estudo transversal. Cad Saúde Colet, 2022;30(1)85-93. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010017>

### Resumo

**Introdução:** a interação complexa entre fatores sociais, psicológicos e biológicos, que resultam na depressão, poderá acelerar a diminuição da capacidade funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida do idoso. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo investigar os fatores associados aos indicativos de sintomas depressivos de idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense. **Método:** Estudo epidemiológico, de corte transversal e base populacional realizado em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 654 homens e mulheres idosos. Foi utilizado um instrumento para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, assim como o instrumento *Geriatric Depression Scale* (GDS), versão curta. Os dados foram analisados pelo teste de Qui-quadrado e da Regressão de Poisson ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Os resultados evidenciaram que parece existir uma associação dos idosos com boa percepção de saúde ( $p = 0,001$ ), que não ingerem medicamentos ( $p = 0,001$ ), que não sofreram quedas nos últimos seis meses ( $p = 0,011$ ) e que não apresentaram comorbidades ( $p = 0,001$ ), com a ausência de sintomas depressivos. Os idosos com autopercepção de saúde regular (RP = 1,733; 95%IC = 1,280-2,347) e ruim (RP = 2,222; 95%IC = 1,525-3,237) demonstraram maior razão de prevalência de presença de indicativo de depressão. **Conclusão:** Conclui-se que os idosos com pior autopercepção de saúde demonstraram maior razão de prevalência de apresentar indicativos de depressão.

**Palavras-chave:** envelhecimento; depressão; atenção básica; promoção da saúde.

### Abstract

**Background:** the complex interaction between social, psychological and biological factors, which result in depression, may accelerate the decrease in functional capacity and, consequently, the quality of life of the older adults. **Objective:** This research aimed to investigate the factors associated with suggestive symptoms of depression in older adults of primary health care in a municipality in northwest Paraná.

**Method:** Epidemiological, cross-sectional and population-based study was carried out in 12 basic health units, with 654 older adult men and women. The Geriatric Depression Scale (GDS), short version, as well



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado no Centro Universitário Metropolitano de Maringá (UNIFAMMA) - Maringá (PR), Brasil.

Correspondência: Daniel Vicentini de Oliveira. E-mail: d.vicentini@hotmail.com

**Fonte de financiamento:** nenhuma.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.

Recebido em: Mar. 19, 2020. Aprovado em: Out. 27, 2020

an instrument to characterize the participants sociodemographic profile. Data were analyzed using Chi-square test and Poisson regression ( $p < 0.05$ ). **Results:** Results showed that there seems to be an association of the older adult with good health perception ( $p = 0.001$ ), when they did not take medication ( $p = 0.001$ ), have not suffered falls in the last six months ( $p = 0.011$ ) and have not presented comorbidities ( $p = 0.001$ ) in the absence of depressive symptoms. Older adult with self-perceived regular health (PR = 1.733; 95% CI = 1.280-2.347) and poor health (PR = 2.222; 95% CI = 1.525-3.237) showed a higher prevalence ratio for the presence of depression. **Conclusion:** Older adult with worse self-perceived health showed a higher prevalence ratio of presenting suggestive symptoms of depression.

**Keywords:** aging; depression; basic attention; health promotion.

## INTRODUÇÃO

A depressão é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um transtorno mental, caracterizado por tristeza persistente, desinteresse em tarefas que anteriormente se desfrutava e incapacidade de realizar atividades da vida diária por 14 dias ou mais. Geralmente, os transtornos nos níveis de ansiedade, concentração, sono e apetite; sentimentos de inutilidade, culpa, desesperança e pensamentos suicidas e de automutilação são os sintomas que mais acometem as pessoas com quadro depressivo<sup>1</sup>.

A OMS estima que aproximadamente 322 milhões de pessoas em todo mundo apresentam depressão, sendo 11,5 milhões somente no Brasil, categorizando-se como um problema de saúde pública<sup>1,2</sup>. Embora esta condição não discrimina idade, as taxas de prevalência parecem atingir o ápice em indivíduos adultos a partir dos 60 anos de idade<sup>1</sup>. Estima-se que até 2020 a depressão será o transtorno que mais incapacita os idosos em todo o mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares<sup>3,4</sup>.

A ausência de realização das atividades diárias e de locais que motivem a prática de exercício físico favorecem o surgimento de sintomas depressivos em idosos. A solidão, dependência e a não participação social também poderão coadjuvar novos casos de sintomas depressivos<sup>5,6</sup>. Dentro desse contexto, a interação complexa entre fatores sociais, psicológicos e biológicos<sup>1</sup>, que resultam na depressão, poderá acelerar a diminuição da capacidade funcional e, consequentemente, a qualidade de vida do idoso<sup>7</sup>.

Várias pesquisas têm sido realizadas com idosos para elucidar aspectos relacionados a sintomas depressivos, uma vez que sua identificação poderá auxiliar no desenvolvimento de tratamentos adequados, assim como promover ações de prevenção aos fatores de risco associados<sup>7,8</sup>.

Considerando ainda que pessoas com sintomas depressivos poderão envelhecer mais rapidamente, comparadas àquelas que não apresentam este transtorno<sup>9</sup>, e que há um progressivo e acelerado crescimento da população idosa<sup>10</sup>, esta pesquisa teve como objetivo investigar os fatores associados aos indicativos de sintomas depressivos de idosos da atenção básica à saúde de um município do noroeste paranaense.

## MÉTODO

### Participantes

Segundo dados obtidos junto à Secretaria de Saúde do município de Maringá, PR, a população-alvo é composta por 42.258 idosos<sup>10</sup>. A amostra foi composta por 654 idosos (homens e mulheres), considerando 10% de possíveis perdas amostrais. Foi adotado um nível de confiança de 95% e 4% de margem de erro, e o *software* utilizado para obtenção dos cálculos foi o *StatDisk* versão 8.4.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais fazem parte os idosos foram subdivididas em quatro regiões: Leste (7 UBS), que contempla 21,8% da população; região Norte (8 UBS), com 34,5% da população; região Oeste (8 UBS), com 23,2% da população; e a região Sul (8 UBS), que contempla 20,4% da população total de idosos da cidade. Conhecendo a composição das regiões, foram selecionadas por sorteio três UBS para serem avaliadas em cada uma das regiões.

Após definido o tamanho da amostra em cada região e selecionada a UBS, foi importante manter a proporção de idosos da população na amostra, e os cálculos para obtenção da amostra final por UBS de acordo com sexo foram proporcionais aos populacionais.

Foram incluídos no estudo homens e mulheres idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade de fala e audição preservadas, que permitiram a aplicação dos questionários. Foi utilizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM) para excluir idosos com déficits cognitivos importantes<sup>11,12</sup>.

### **Instrumentos**

Para a caracterização do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos, foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por informações referentes à idade (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais), sexo (masculino; feminino), estado civil (casado ou vive com o companheiro; solteiro; divorciado ou desquitado; viúvo), raça (branca; negra; outra), renda mensal em salário mínimo (SM) de referência no Censo Demográfico 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>10</sup> (R\$ 880,00) (1 a 2 SM; 2,1 a 3 SM; mais de 3 SM), aposentadoria (sim; não), escolaridade (não estudou; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo; ensino superior), autopercepção do estado de saúde (ruim; regular; bom; muito bom) e quantidade de medicamentos utilizados (nenhum; 1 a 2; mais de 2).

O instrumento Geriatric Depression Scale (GDS) (Escala de depressão geriátrica)<sup>13</sup> versão curta, que foi validada e apresenta confiabilidade<sup>14</sup>, foi utilizado para detecção dos escores indicativos de depressão. A GDS apresenta 15 perguntas negativas/afirmativas, em que o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, e o escore igual ou maior que 11 representa depressão grave.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Estudo epidemiológico, de corte transversal e base populacional foi aprovado pelo Comitê de Ética por meio do Parecer 1.626.966/2016. Os dados foram coletados em 12 UBS, divididas nas quatro regiões (Norte, Sul, Leste e Oeste), das 33 UBS do município de Maringá, selecionadas por meio de sorteio, após autorização do Comitê Avaliador da Secretaria de Saúde (CECAPS). Os idosos voluntários foram abordados pelo pesquisador responsável ou pela equipe de pesquisadores na própria UBS, informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados, conforme orientações para pesquisa com seres humanos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram abordados os idosos que se encontravam na sala de espera da UBS.

Após esses procedimentos, aqueles que aceitarem participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Optou-se pela entrevista direta na aplicação dos questionários, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e de compreensão dos questionamentos. Os questionários foram respondidos, em média, com 15 minutos de duração.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi feita por meio do *Software* SPSS 22.0. Realizou-se a análise mediante uma abordagem de estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado frequência e percentual como medidas descritivas. Na estatística inferencial, o teste do Qui-quadrado foi empregado para investigar a associação do indicativo de sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e as condições de saúde dos idosos. Para examinar a magnitude da associação da presença de indicativo de depressão com os fatores sociodemográficos e de saúde, foi usada a Regressão de *Poisson* com ajuste robusto mediante estimativas de Razão de Prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para modelagem da análise de regressão foram consideradas apenas as variáveis que apresentaram nível de significância igual ou inferior a 0,20 para associação com a presença de indicativos de sintomas depressivos no teste do Qui-quadrado. Esse recurso estatístico foi selecionado com base em pressupostos que evidenciaram que a Regressão de *Poisson* fornece estimativas corretas e adequadas para estudos transversais com desfechos binários<sup>15,16</sup> como no presente estudo com o indicativo de depressão. Para o tratamento estatístico, foi usado o SPSS 22.0, com o nível de significância estabelecido em  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS**

Dos 654 idosos, verificou-se a prevalência de mulheres (56,0%), de idosos entre 60 e 69 anos (59,2%), casados (61,3%) e com ensino fundamental incompleto/ completo (65,5%). A média de idade dos idosos foi de  $69,49 \pm 7,52$  anos. Os idosos apresentaram escore médio de sintomas depressivos de  $3,74 \pm 3,15$ , indicando, de uma forma geral, ausência de indicativo de sintomas depressivos. Ressalta-se que apenas 29,4% (n=192) apresentaram indicativo de sintomas depressivos.

Não foi encontrada nenhuma diferença significativa ( $p > 0,05$ ) na proporção de idosos com indicativo de sintomas depressivos em função das variáveis sociodemográficas (Tabela 1), indicando que o perfil sociodemográfico não parece ser um fator interveniente nos sintomas depressivos dos idosos.

**Tabela 1.** Associação do indicativo de depressão com as variáveis sociodemográficas dos idosos usuários da atenção básica à saúde do município de Maringá, PR

VARIÁVEIS	Indicativo de depressão		P
	Sim f (%)	Não f (%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	75 (26,0)	213 (74,0)	0,099
Feminino	117 (32,0)	249 (68,0)	
<b>Faixa etária</b>			
60 a 69 anos	113 (29,2)	274 (70,8)	0,534
70 a 79 anos	64 (32,5)	133 (67,5)	
80 anos ou mais	15 (21,4)	55 (78,6)	
<b>Estado civil</b>			
Casado	111 (27,7)	290 (72,3)	0,523
Solteiro	22 (37,9)	36 (62,1)	
Divorciado/Separado	23 (31,1)	51 (68,9)	
Viúvo	36 (29,8)	85 (70,2)	
<b>Raça</b>			
Branca	154 (29,1)	376 (70,9)	0,997
Negra	34 (32,4)	71 (67,6)	
Outras	4 (21,1)	15 (78,9)	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	25 (31,6)	54 (68,4)	0,802
Fund. incompleto	75 (26,7)	206 (73,3)	
Fund. completo	53 (36,1)	94 (63,9)	
Médio completo	27 (28,1)	69 (71,9)	
Superior	12 (23,5)	39 (76,5)	
<b>Aposentadoria</b>			
Sim	71 (14,7)	413 (85,3)	0,087
Não	33 (20,4)	129 (79,6)	
<b>Renda mensal</b>			
1 a 2 SM	130 (30,0)	303 (70,0)	0,156
2,1 a 3 SM	43 (27,6)	113 (72,4)	
Mais de 3 SM	5 (16,7)	25 (83,3)	

Associação significativa –  $p < 0,05$ ; Teste de Qui-quadrado para proporções. SM: salário mínimo.

Ao comparar a proporção de idosos com indicativo de sintomas depressivos de acordo com as condições de saúde (Tabela 2), foi encontrada diferença significativa na percepção de saúde ( $p = 0,001$ ), uso de medicamentos ( $p = 0,001$ ), histórico de quedas ( $p = 0,011$ ) e comorbidades associadas ( $p = 0,001$ ). Estes resultados evidenciam que parece existir maior proporção de idosos com percepção de saúde boa, que não toma medicamentos, que não teve histórico de quedas nos últimos seis meses e que não relatou comorbidades associadas com ausência de indicativo de sintomas depressivos.

**Tabela 2.** Associação do indicativo de depressão com as condições de saúde dos idosos usuários da atenção básica à saúde do município de Maringá, PR

VARIÁVEIS	Indicativo de depressão		P
	Sim	Não	
	f (%)	f (%)	
<b>Percepção de saúde</b>			
Boa	59 (18,7)	257 (81,3)	<b>0,001*</b>
Regular	89 (34,0)	173 (66,0)	
Ruim	42 (56,8)	32 (43,2)	
<b>Motivo da ida à UBS</b>			
Visita médica	84 (28,9)	207 (71,1)	0,716
Buscar medicamentos	68 (31,8)	146 (68,2)	
Realização de exames	38 (26,2)	107 (73,8)	
<b>Medicamentos</b>			
Nenhum	21 (21,9)	75 (78,1)	<b>0,001*</b>
1 a 2	70 (24,6)	215 (75,4)	
Mais de 2	99 (36,9)	159 (63,1)	
<b>Quedas</b>			
Sim	42 (39,6)	64 (60,4)	<b>0,011*</b>
Não	149 (27,3)	397 (72,7)	
<b>Quase quedas</b>			
Sim	41 (31,1)	91 (68,9)	0,627
Não	150 (28,9)	369 (71,1)	
<b>Comorbidades</b>			
Nenhuma	27 (19,7)	110 (80,3)	<b>0,001*</b>
1 a 2	79 (24,5)	244 (75,5)	
3 ou mais	77 (43,0)	102 (57,0)	

\*Associação significativa –  $p < 0,05$ : Teste de Qui-quadrado para proporções

Para modelagem da análise de regressão de *Poisson* com ajuste robusto, foram consideradas apenas as variáveis que apresentaram nível de significância igual ou inferior a 0,20 no teste de Qui-quadrado (Tabela 3). Após ajustes para as variáveis intervenientes (fatores sociodemográficos e de saúde), a presença de indicativo de depressão permaneceu associado somente com a autopercepção de saúde ( $p = 0,001$ ). Ressalta-se que os idosos com autopercepção de saúde regular (RP = 1,733; 95%IC = 1280-2,347) e ruim (RP = 2,222; 95%IC = 1,525-3,237) demonstraram razão de prevalência de 73% e 122%, respectivamente, quando comparados aos idosos com autopercepção de saúde boa.

**Tabela 3.** Fatores associados à presença de indicadores de depressão dos idosos usuários da atenção básica à saúde de Maringá, PR

Variáveis	RP ajustada [I.C. 95%]
<b>Sexo</b>	
Masculino	1,00
Feminino	1,068 [0,812-1,404]
<b>Tabagismo</b>	
Sim	1,00
Não, nunca fumei	0,732 [0,512-1,048]
Não, mas já fumei	0,700 [0,482-1,018]
<b>Renda mensal</b>	
1 a 2 SM	1,00
2,1 a 3 SM	1,166 [0,865-1,571]
Mais de 3 SM	0,761 [0,341-1,696]
<b>Aposentadoria</b>	
Sim	1,00
Não	1,124 [0,835-1,513]
<b>Autopercepção de saúde</b>	
Boa	1,00
Regular	1,733 [1,280-2,347]*
Ruim	2,222 [1,525-3,237]*
<b>Medicamentos</b>	
Nenhum	1,00
1 a 2	1,085 [0,689-1,710]
Mais de 2	1,346 [0,854-2,122]
<b>Quedas</b>	
Sim	1,00
Não	0,774 [0,582-1,029]
<b>Comorbidades</b>	
Nenhuma	1,00
1 a 2	0,885 [0,660-1,187]
3 ou mais	0,739 [0,525-1,040]

\*Associação significativa –  $p < 0,05$ ; RP = Razão de prevalência; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; RP ajustada por todas as variáveis do modelo

## DISCUSSÃO

De acordo com a análise bivariada (Tabela 1) do presente estudo, não foi encontrada diferença do indicativo de sintomas depressivos nas variáveis sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade, tabagismo, aposentadoria e renda mensal, indicando que estes perfis sociodemográficos não são fatores intervenientes de sintomas depressivos nos idosos.

Em alguns estudos, o sexo feminino é considerado um fator de risco<sup>17-19</sup>, no entanto, esta associação também não foi confirmada em outras pesquisas realizadas em diferentes regiões brasileiras<sup>20-23</sup>, em conformidade com a presente pesquisa. Estas últimas duas publicações também foram realizadas com idosos residentes em cidades do interior do Brasil.

Estas diferenças de resultados de associação nos estudos levantam a hipótese de que fatores culturais e ambientais, assim como fisiológicos de cada indivíduo idoso, podem impactar na presença ou ausência de sintomas depressivos, e não apenas o sexo, idade, o estado civil, dentre outros fatores sociodemográficos.

Em relação à associação dos indicativos de sintomas depressivos com as condições de saúde dos idosos (Tabela 2), a ausência do uso de medicamentos, ausência de quedas nos últimos seis meses, boa percepção de saúde e ausência de comorbidades apresentaram associação significativas com a ausência de sintomas depressivos. Outros estudos<sup>19,24,25</sup> relataram em suas conclusões que condições de saúde mais graves ou percepção de saúde ruim podem ser associadas aos indicativos de sintomas depressivos. Similarmente, a presença de uma ou mais comorbidades foi associada com a incidência de sintomas depressivos<sup>19,26</sup>.

Infere-se, portanto, que boas condições de saúde, pelo menos no que se refere à menor quantidade de doença, não utilizar medicamentos, perceber a saúde e não ter caído no último semestre, parecem ser fator protetivo para sintomas depressivos. Porém, vale lembrar que este é um estudo transversal, o que impede essa relação de forma muito direta.

Considerando a análise bruta (Tabela 3), verificou-se que os idosos com pior autopercepção de saúde possuem maiores razões de prevalência de terem sintomas de depressão. Portanto, podemos inferir que perceber bem a própria saúde pode ser um fator que interfere positivamente na ausência de sintomas depressivos. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado com idosos de Bagé (RS), o qual concluiu que os sintomas depressivos foram estatisticamente associados à autopercepção de saúde<sup>27</sup> após a realização da mesma análise estatística do presente estudo.

Pesquisa realizada em Florianópolis (SC) com idosos concluiu que a autopercepção de saúde positiva foi mais prevalente nos idosos longevos sem a presença de depressão<sup>28</sup>. Já um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) encontrou que autopercepção ruim da saúde foi mais frequente nos idosos que informaram ficar sozinhos a maior parte do dia sempre ou quase sempre, ser indiferente ou estar insatisfeito com seus relacionamentos pessoais, e que não podiam contar com alguém para ajudar se ficassem de cama ou para preparar refeições<sup>29</sup>. Estas últimas condições relatadas podem ser fatores que predisõem a sintomas depressivos em idosos.

É importante ressaltar algumas limitações do estudo: a heterogeneidade da população idosa em muito colabora para os divergentes resultados encontrados na literatura científica; o desenho do estudo, transversal, impede inferir causalidade; os resultados são referentes à realidade de uma única região do Brasil, o que impede generalizá-los; não há a adoção de pesos amostrais para a generalização dos dados. Do total de UBS do município, foram pesquisadas 12, e dessas, foram sorteadas os participantes; a amostragem se caracteriza por conglomerado o que indica a necessidade de peso amostral para a extrapolação para a população.

Mesmo assim, é importante destacar que, se os indicativos de sintomas depressivos foram detectados nos idosos, seja relacionado ao aspecto sociodemográfico ou a condições de saúde, deve-se encaminhar para avaliação médica e confirmação do diagnóstico. É importante destacar que foi utilizada uma amostra complexa, na qual os participantes não tinham a mesma probabilidade de seleção, e isto pode ter implicado em interferências na fidedignidade das estimativas da análise descritiva do estudo, o que é mais uma limitação desta pesquisa.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos com pior autopercepção de saúde demonstraram maior razão de prevalência de apresentar indicativos de depressão. Parece existir maior proporção de idosos com percepção de saúde boa, que não ingere medicamentos, que não teve histórico de quedas nos últimos seis meses e que não relatou comorbidades associadas, com ausência de indicativo de sintomas depressivos.

De ponto de vista prático, estes achados indicam a importância da manutenção da saúde durante o envelhecimento como um fator de proteção para evitar o surgimento de sintomas depressivos, sendo a prática de atividade física uma importante ferramenta.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization [Internet]. Depression and other common mental disorders global health estimates, 2017 [citado em 2018 jul 3]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
2. Daré PK, Caponi SN. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. 2017;7(1):12-24.
3. Toledo MAV, Santos LS No. Depressão no idoso. In: Hargreaves LH, editor. *Geriatrics*. Brasília: Prodasen; 2006. p. 545–52.
4. Williams BA, Chang A, Ahalt C, Chen H, Conant R, Landefeld CS, et al. *CURRENT Geriatrics: diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Porto Alegre: McGraw Hill Brasil; 2015.
5. Santos GS, Cianciarullo TI. Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2016;4(3):218-26.
6. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;6(4):821-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>.
7. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(2):122-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>.
8. Silva GÉMD, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Santos ZCD. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro–PE. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014;8(1):82-93.
9. Verhoeven JE, Révész D, Epel ES, Lin J, Wolkowitz OM, Penninx BW. Major depressive disorder and accelerated cellular aging: results from a large psychiatric cohort study. *Mol Psychiatry*. 2014;19(8):895-901. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2013.151>. PMID:24217256.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Característica dos Moradores e Domicílios, 2017. [citado em 2018 jul 3]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/habitacao/17270-pnad-continua.html>.
11. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). PMID:1202204.
12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. PMID:14595482.
13. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>. PMID:16341401.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>. PMID:10450349.
15. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600003>. PMID:19009156.
16. Lee J, Tan CS, Chia KS. A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38(8):714-9. PMID:19736577.
17. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>. PMID:12777274.
18. Barcelos-Ferreira R, Pinto JAJ Jr, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181a76ddc>. PMID:19546654.
19. Lampert CDT, Scortegagna SA. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Aval Psicol*. 2017;16(1):48-58. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.06>.
20. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300004>.



21. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):790-9. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180654179>. PMID:17698602.
22. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JGP.0000230659.72417.a0>. PMID:17194812.
23. Maciel ÁCC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):26-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004>.
24. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154(10):1384-90. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.10.1384>. PMID:9326820.
25. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, dos Santos MAB, et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):95-103.
26. Harris T, Cook DG, Victor C, DeWilde S, Beighton C. Onset and persistence of depression in older people—results from a 2-year community follow-up study. *Age Ageing*. 2006;35(1):25-32. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afi216>. PMID:16303774.
27. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>. PMID:25651007.
28. Krug RR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180004. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180004>.
29. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>. PMID:22782107.