

O perfil de idosos com sintomas depressivos avaliados pela escala geriátrica de depressão em um hospital dia geriátrico no Município de Anápolis – Go**The profile of elderly people with depressive symptoms assessed by the geriatric scale of depression in a hospital geriatric day in the city of Anápolis - Go**

DOI:10.34117/bjdv6n6-639

Recebimento dos originais: 25/05/2020

Aceitação para publicação: 29/06/2020

Thaissa Carreiro Gomes

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Rua Félix Gomes, 418 A, Centro. Amarante do Maranhã – MA.
E-mail: carreirothaissa@hotmail.com

Roberta Caroline Prado Takenobu

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Rua Luciana quadra 53A, lote 14, bairro JK. Anápolis – GO.
E-mail: robertacaroline27@hotmail.com

Rafaela Silva Ramos

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Rua 30 norte, lote 04, Edifício Cosmopolitan, Bloco B, apartamento 1510, Águas Claras.
Brasília-DF.
E-mail: rafaelaramos-05@hotmail.com

Camila Carvalho de Miranda

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: QE 08 conjunto H casa 54, Guará 1. Brasília-DF
E-mail: milamiranda.med@gmail.com

Júlia Maria Rodrigues de Oliveira

Docente no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO
E-mail: oliveira.julia@gmail.com

Gabriela Rezende do Amaral

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Rua 24, nº 110, Botanic Consciente Life, Apto 3303, Setor Marista, Goiânia - GO,
Brasil.
E-mail: gabrielarezende@live.com

Marcela Teixeira Thomé

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Instituição: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Endereço: Rua GV 02, Qd. 11, Lt. 09, Residencial Granville, Goiânia - GO, Brasil.
E-mail: marcelathome@hotmail.com

Gabriela Queiroz Campelo

Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Endereço: QE 08 conjunto H casa 14, Guará 1. Brasília-DF
E-mail: gabriela.qc@sempreub.com

RESUMO

A maior expectativa de vida faz do envelhecimento um processo mundial. Esse processo é multifatorial, acompanhado de alterações anatômicas e funcionais do organismo e podem resultar no surgimento de doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e depressão. A depressão é um dos problemas de saúde mental mais comum nos idosos. No Brasil, a prevalência de sintomas depressivos chega a 14,3%. Assim, esta pesquisa objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos idosos com sintomas de depressão que estavam no setor de psicologia do Hospital Dia Geriátrico de Anápolis-GO, correlacionando com a quantidade de sintomas depressivos. A pesquisa foi realizada no Hospital Dia do Idoso, tratando-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico. O estudo foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15 e um questionário estruturado que foram respondidos durante entrevista com o idoso. O questionário avaliou variáveis que podem estar associadas a sintomas depressivos, como idade, sexo, escolaridade, renda mensal, estado civil, ingestão de álcool, atividade física e comorbidades. O perfil epidemiológico identificado majoritariamente correspondeu ao sexo feminino, à faixa etária entre 71 e 80 anos, idosos solteiros quanto ao estado civil, renda mensal de 2 salários mínimos, 1º grau completo quanto à escolaridade, presença de comorbidades, abstinência quanto à ingestão de bebidas alcólicas e ausência de prática de atividade física. Dentre os achados, houve correlação estatística entre o sexo e a prática de atividade física.

Palavras-chave: Depressão, Serviços de saúde para idosos, Idoso, Hospital Dia.

ABSTRACT

The higher life expectancy turns aging into a global process. This process is multifactorial, accompanied by anatomical changes and functional alterations of the organism that can result in the emergence of diseases such as hypertension, diabetes mellitus and depression. Depression is one of the most common mental illness among the elderly. In Brazil, the prevalence of depression symptoms add up to 14,3%. Therefore, this research had the purpose to analyze the epidemiological profile of elderlies, who are in the psychological sector of the Hospital Dia Geriátrico in Anápolis-GO, who present depression symptoms in correlation with the quantity of the signs of the illness. The research took place at the Hospital Dia do Idoso and had a transversal, quantitative and analytical character. The study followed the Escala de Depressão Geriátrica – EDG 15 as well as a structured survey, which was answered during an interview with the elder. The questionnaire analyzed variables that could be related to depression symptoms, such as age, gender, level of education, monthly income, marital status, alcohol consumption, practice of physical activities and diseases. The identified epidemiological profile majoritarily corresponded to the female gender, within 71 and 80 years, single, who only received 2 minimum wage and that had completed the first degree when it came to schooling. Within what was found, a statistical correlation between gender and the practice of physical activity could be established.

Keywords: Depression, Health services for the elderly, Elderly, Hospital Dia.

1 INTRODUÇÃO

A maior expectativa de vida, a melhoria dos indicadores de saúde e a queda progressiva da taxa de fecundidade, faz do envelhecimento um processo mundial que vem ocorrendo com grande rapidez nos países emergentes, inclusive no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em um estudo realizado em 2011, aproximadamente 23,5 milhões dos brasileiros são idosos (12,1% da população) (NOGUEIRA et al., 2014). Sendo que para 2025, espera-se que a quantidade de pessoas com 60 anos ou mais seja de 32 milhões (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014).

É de conhecimento geral que o envelhecimento é um processo multifatorial e que ele vem acompanhado de alterações anatômicas e funcionais do organismo. Devido a essas modificações, em muitos indivíduos esse dinamismo pode resultar no surgimento de diversas doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes *mellitus* e a depressão. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que, quando na avaliação do estado de saúde do idoso, além das doenças somáticas, também sejam avaliados o estado mental e funcional desses indivíduos (SANTOS et al., 2012).

A depressão é um dos problemas de saúde mental mais comum nos idosos. No mundo, a prevalência de depressão em idosos varia entre 5% e 35%, levando em consideração as diversas formas e os diferentes graus da doença. O Brasil não se encontra diferente do restante do planeta, visto que sua prevalência está entre 4,7% e 36,8% (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012; TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014). A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que em 2030 a depressão será a principal doença na carga global de patologias do mundo e que ela será ainda mais frequente em países subdesenvolvidos (NOGUEIRA et al., 2014).

Considerada uma condição psiquiátrica, que contém em si sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, a depressão é, por isso, um importante problema de saúde pública. O prognóstico é ainda pior no idoso, podendo atingir a sua capacidade de autocuidado e de se relacionar com a sociedade, ressaltando-se, ainda, uma elevada incidência de suicídios (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Vale lembrar que a suscetibilidade do idoso envolve diversos fatores: os biológicos (a presença de outras comorbidades, uso crônico de medicamentos, alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central), psicológicos (viuvez, ausência de atividades sociais, a redução do seu papel na sociedade) e sociais (pobreza, escolaridade, solidão, maus-tratos e alterações no suporte social) (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Na sua sintomatologia encontram-se, principalmente, humor deprimido e a perda de interesse. Ademais, sentimento de culpa, alterações do sono e do apetite, perda da energia, piora da concentração e pensamentos de morte ou suicídio são sintomas complementares. Entretanto, a depressão pode se manifestar de maneira atípica, cabendo aos profissionais da saúde a sua investigação constante (NOGUEIRA et al., 2014). Devido a isso, e ao fato de muitos profissionais considerarem os sintomas apresentados como consequentes do envelhecimento, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e, com isso, não é tratada (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012). É estimado que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais na atenção primária (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Devido a essa falha no diagnóstico, que é essencialmente clínico, o Ministério da Saúde preconizou o uso da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), um instrumento utilizado em todo o mundo para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira, com sensibilidade e especificidade adequada. A EDG-15 é uma versão curta da escala criada por Sheik & Yesavage em 1986 e que foi validada para o português por Almeida & Almeida (1999). Ela é composta por 15 perguntas negativas/afirmativas que verificam a presença dos sintomas depressivos, em que uma pontuação entre 0 e 5 é considerada normal, 6 a 10 indica depressão leve a moderada e 11 a 15 depressão severa (BORGES; DALMOLIN, 2012; SILVA et al., 2012).

Vale lembrar que a EDG não substitui uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. Dentre as suas vantagens, destacam-se: é composta por perguntas fáceis de serem entendidas, tem pequena variação nas possibilidades de resposta, pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Além disso, é possível utilizá-la em indivíduos com alterações clínicas, déficit cognitivo leve e baixa escolaridade. A EDG é amplamente utilizada na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento nessa população (SOUZA, et al., 2011).

Em Anápolis-GO, no ano de 2004, foi inaugurado o Hospital Dia do Idoso, que tem como modalidade de atendimento Hospital Dia Geriátrico. É uma referência na região, como prestador de atenção especializada em pacientes com idade acima de 60 anos. A instituição é dotada de equipe multiprofissional com dinâmica interdisciplinar (OLIVEIRA, 2012).

2 REVISÃO DE LITERATURA

O processo de envelhecimento populacional em curso no Brasil tem sido acompanhado pelo aumento da frequência de doenças psiquiátricas na terceira idade, sendo a depressão a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos (GONÇALVES; ANDRADE, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define esse agravo como um transtorno mental comum, caracterizado por

tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite, podendo haver sensação de cansaço e falta de concentração. Sendo assim, a sua identificação é de difícil detecção na prática clínica, sendo ainda pouco diagnosticada e tratada (LEITE et al., 2006).

Diversos estudos têm identificado um conjunto de fatores de risco para a depressão geriátrica, sendo que os mais referidos são: existência de doenças crônicas, baixa capacidade funcional, declínio cognitivo, autoavaliação da saúde como pobre, solidão, viuvez, luto recente, falta de apoio social, acontecimentos negativos recentes, gênero feminino, idade avançada, baixa escolaridade e dificuldades econômicas (FAÍSCA, 2012).

Há predominância da depressão no sexo feminino. Esta maior prevalência acontece devido à alta procura deste público aos serviços de saúde, tendo, assim, maior número de diagnósticos que o sexo masculino, ou pelo fato de que as mulheres vivem, em média, mais do que os homens e idades mais avançadas são acompanhadas por uma maior incidência de doenças crônicas, entre elas, a depressão (SILVA et al., 2012). No tocante ao nível intelectual, a literatura aponta o baixo nível intelectual como um importante preditor de depressão no idoso, bem como de outros transtornos afetivos, a exemplo da ansiedade. Com isso, idosos de melhor escolaridade possuem melhor acesso a cuidados médicos, a atividades implicadas no estímulo das funções cognitivas e mentais, além de terem maior nível de participação social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (VERAS, 2003).

Outra variável está direcionada para a renda do idoso, em que a aposentadoria está fortemente envolvida na determinação de sintomas depressivos por aumentar a disponibilidade de tempo livre do idoso e provocar tensões negativas em suas vidas, gerando impactos negativos, tanto na esfera física, quanto na emocional. Diante desse “vazio social”, faz-se necessário que os profissionais de saúde e os familiares ajudem o idoso a superar estados anímicos baixos e, conseqüentemente, a depressão, tornando-o ativo e o ajudando a construir um grupo social que venha substituir aquele representado pelos colegas de trabalho (VERAS, 2003).

Ao considerar comorbidades associadas presentes em idosos com sintomas depressivos, destacaram-se hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, problemas musculoesqueléticos e alterações visuais. A literatura pertinente aponta que de 35% a 45% dos idosos portadores de doenças físicas e incapacidades apresentam síndromes depressivas (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010). Vale ressaltar que a depressão acentua as limitações e incapacidades das doenças e prejudica a aderência a tratamentos, afetando, assim, a recuperação dos pacientes. Há várias possibilidades de associação entre depressão e doenças físicas. A depressão pode coexistir com doenças físicas. Pode, também, simular doenças físicas por meio de seus sintomas somáticos (depressão mascarada). A

depressão pode desencadear uma doença física ou agravá-la, como uma anemia causada por perda de apetite secundária ao fenômeno. Depressão pode ser causada por doenças físicas. Por último, a depressão pode resultar do impacto físico e psicológico causado por doenças de natureza crônica (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Em nível de atividade física, um estudo realizado por Stella et al. (2002) afirma que a atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da autoestima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaídas. Esses benefícios ocorrem devido a processos fisiológicos e bioquímicos proporcionados pela liberação de neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina pelo organismo. A *American College of Sports Medicine (ACSM)/2007* adota como prática de exercício físico regular indivíduos que realizam 30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana (LIMA et al., 2014).

A associação entre uso de substâncias e depressão merece atenção no cenário de saúde. Uma revisão de literatura apontou a depressão como frequente precursora do abuso de álcool, mas também o abuso de álcool como agravante desse transtorno (POMPILI et al., 2010). O uso de substâncias ocorre, muitas vezes, como forma de fuga ou canalização dos sintomas do diagnóstico depressivo, podendo desencadear sintomatologia mais grave como a reagudização da depressão juntamente com os efeitos da droga, bem como desfechos fatais como o autoextermínio, sendo esses transtornos mentais os principais fatores de risco para a ocorrência do suicídio (CANTÃO et al., 2015).

De acordo com o I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, classifica-se a frequência de consumo de álcool em: muito frequente = todos os dias; frequente = 1-4 vezes/semana; ocasional = 1-3 vezes/mês; raramente = menos de 1 vez/mês; abstinente = menos de 1 vez/ano ou nunca bebeu (BRASIL, 2007).

Tendo em vista esses diversos fatores de risco os quais influenciam no desenvolvimento da sintomatologia depressiva nos idosos, torna-se necessária a identificação destes fatores para, assim, realizar o diagnóstico e tratamento precoces, tal como a conscientização dos profissionais de saúde em reconhecer possíveis idosos depressivos.

3 OBJETIVOS

3.1. GERAL

Conhecer o perfil epidemiológico dos idosos com sintomas de depressão que estarão no setor de psicologia do Hospital Dia Geriátrico de Anápolis-Goiás, correlacionando com a quantidade de sintomas depressivos.

3.2. ESPECÍFICOS

Identificar a relação entre a quantidade de sintomas depressivos e sexo.

Investigar a quantidade de sintomas depressivos correspondente por faixa etária.

Correlacionar renda mensal e estado civil com quadro de suspeita de depressão.

Averiguar a relação entre depressão geriátrica e escolaridade.

Analisar a relação entre a presença de comorbidades e depressão geriátrica.

Examinar o hábito referente à ingestão de bebidas alcóolicas e à prática de atividades físicas, correlacionando-o com o grau de depressão geriátrica.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1. TIPOLOGIA DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e analítico.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Dia do Idoso do município de Anápolis-GO. Foi enviada uma carta de autorização ao Secretário Municipal de Saúde de Anápolis, contendo o tema e os objetivos do estudo, a fim de que se permitisse a realização da pesquisa. A autorização foi concedida e a coleta de dados iniciou-se após consentimento livre e esclarecido dos participantes.

4.3. POPULAÇÃO E DOCUMENTOS

Foram selecionados os idosos encaminhados ao setor de psicologia dentro do Hospital Dia Do Idoso do município de Anápolis – GO, no período de Fevereiro de 2016 a Maio de 2016. De acordo com a psicóloga responsável pelo setor de psicologia do Hospital Dia Do Idoso, são atendidos em média 40 novos idosos a cada mês. Obteve-se, portanto, uma população de 160 pacientes a serem analisados.

4.3.1 Amostragem

A amostra é do tipo não probabilística. Foram incluídos todos os idosos que se enquadraram no critério de inclusão e concordaram em participar da pesquisa. O cálculo amostral foi realizado com base no número de idosos atendidos no setor de psicologia no período de Fevereiro de 2016 a Maio de 2016, com auxílio da calculadora amostral *on-line*, assumindo erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Chegou-se ao resultado de 114 pacientes.

Houve atraso na análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), visto que o trabalho foi enviado ao CEP no dia 20 de Março de 2015, e se obteve aprovação somente em 3 de Março de 2016. Devido

ao pouco tempo que pôde ser destinado à coleta de dados após a aprovação do CEP, não foi, portanto, possível realizar a coleta de toda a amostra prevista. Sendo assim, foram considerados 74 idosos, sendo que 4 não aceitaram participar da pesquisa, 6 não compareceram à consulta com a psicóloga, 3 não possuíam capacidade cognitiva e física para responder ao questionário (grau intermediário de demência). Deste modo, obtivemos o total de 61 pacientes, sendo que foram excluídos 2 questionários, devido ao grande desvio padrão demonstrado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.3.2. Critérios de inclusão na amostra

Foram incluídos todos os idosos encaminhados para o setor de psicologia no período da pesquisa. Além disso, os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3.3. Critérios de exclusão da amostra

Foram excluídos da pesquisa os idosos que não tiveram condições cognitivas (como incapacidade de comunicação, fases moderada/avançada de demências) e funcionais (como disartrias e/ou afasias) para participar da pesquisa e também aqueles idosos que se recusaram a participar da pesquisa, ou aqueles que não assinaram o TCLE.

4.4. PREPARO DO CAMPO

As pesquisadoras apresentaram um ofício ao diretor do Hospital Dia Do Idoso, em Anápolis-GO, solicitando sua autorização para desenvolvimento da pesquisa. Com a anuência do diretor, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UniEVANGÉLICA - Anápolis.

Com dia previamente agendado, as pesquisadoras, em comum acordo com a psicóloga, convidaram o idoso para participar da pesquisa durante a consulta com a profissional de psicologia. Aqueles que aceitaram participar foram encaminhados individualmente a uma sala reservada, onde uma das pesquisadoras lhe informou sobre a pesquisa e sobre o TCLE. Posteriormente, os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa responderam individualmente ao questionário, acompanhados por uma pesquisadora responsável e, quando desejado, por um acompanhante.

O idoso, quando desejado, pôde levar o TCLE para casa, lê-lo e assiná-lo, e na presença de uma pessoa de sua confiança, aceitou ou não participar da pesquisa. Foi garantido ao participante a desistência da participação na pesquisa em qualquer momento, sem a necessidade de se justificar.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados estatisticamente através do programa SPSS versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi aplicada correlação de Spearman e de Pearson para averiguar a relação, positividade ou negatividade das variáveis entre si. Também foi empregado o método de **Monte Carlo** para Erro-Unilateral, e o teste do qui-quadrado para comparação dos estratos dos grupos.

4.6. INSTRUMENTOS

O estudo foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15 e um questionário estruturado, que foram respondidos durante entrevista com o idoso.

O questionário avaliou variáveis que podem estar associadas a sintomas depressivos, como idade, sexo, escolaridade, renda mensal, estado civil, ingestão de álcool, atividade física e comorbidades. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG – 15) é uma versão curta da escala original que foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) e que foi validada para o português por Almeida e Almeida (1999).

4.7. CRITÉRIOS ÉTICOS

A autorização para realização da pesquisa acima descrita foi mediante a apresentação de parecer ético aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Proponente, nos termos da resolução CNS nº 466/12. Número do parecer: 1.436.462.

O sigilo dos dados analisados será garantido, não expondo os nomes dos pacientes, substituindo, assim, o nome pela numeração do respectivo questionário, afim de que, com isso, possa-se manter o anonimato dos coletados.

Os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e, após esse período, serão destruídos, conforme Resolução 466/12.

5 RESULTADOS

A amostra inicial estipulada para o projeto de pesquisa foi de 114. Por dificuldades de coleta e demora no parecer de ética, foram aplicados 61 questionários e aplicada análise estatística. Dentre os questionários aplicados, 2 foram excluídos devido ao grande desvio padrão demonstrado pelo programa SPSS. Dentre os 59 indivíduos analisados, 86.4% (51) eram do sexo feminino, 72.8% (43) apresentaram mais de 5 sintomas depressivos, 27.1% (16) pertenciam à faixa etária de 71 a 80 anos. Eram solteiros 7 (11.9%) indivíduos, 18.6% (11) recebiam dois salários mínimos, 37.3% (22) tinham 1º grau incompleto quanto à escolaridade. Quanto à presença de comorbidades, 84.7% (50)

apresentavam ao menos 1 comorbidade. Quanto aos hábitos de vida, 94.9% (56) dos indivíduos afirmaram serem abstinentes quanto à ingestão de bebida alcoólica, enquanto 81.4% (48) não praticavam atividade física.

Quanto à análise por sexo, relacionado ao sexo feminino 23.5% (12) apresentaram 5 sintomas depressivos ou menos, enquanto 76.5% (39) apresentavam mais de 5 sintomas. No sexo masculino, não houve diferença entre o *score* da escala de depressão geriátrica, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Escala de depressão geriátrica por sexo

Sexo	EDG		Total EDG por sexo % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Feminino	23.5% (12)	76.5% (39)	86.4% (51)
Masculino	50% (4)	50% (4)	13.6% (8)
Total sexo por EDG % (n)	27.1% (16)	72.8% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Ao avaliar a quantidade de sintomas depressivos relacionados à idade, houve predominância de indivíduos com mais de 5 sintomas depressivos em todas as faixas etárias analisadas. A maior porcentagem parcial estratificada correspondente ao *score* do EDG maior do que 5 por faixas etárias correspondeu aos indivíduos com idade entre 71 e 80 anos (75%), conforme expresso na tabela 2.

Tabela 2 - Escala de depressão geriátrica por idade

Idade	EDG		Total EDG por Idade % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Entre 60 e 70 anos	27.3% (9)	72.7% (24)	55.9% (33)
Entre 71 e 80 anos	25% (4)	75% (12)	27.1% (16)
Entre 81 e 90 anos	30% (3)	70% (7)	16.9% (10)
Total Idade por EDG % (n)	27.1% (16)	72.8% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Referente ao estado civil, indivíduos solteiros apresentaram maior suspeita de depressão na análise individual por estratos de estado civil (100%). Indivíduos viúvos apresentaram a segunda maior porcentagem de suspeita de depressão (76.9%). Quanto aos casados, também a maioria apresentou suspeita de depressão (68.4%), ao passo que indivíduos separados apresentaram poucos sintomas depressivos, se comparado aos demais grupos, conforme indicado na tabela 3.

Tabela 3 - Escala de depressão geriátrica por estado civil

Estado civil	EDG		Total EDG por estado civil % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Solteiro	0% (0)	100% (7)	11.9% (7)
Casado	31.6% (6)	68.4% (13)	32.1 % (19)
Viúvo	23.% (6)	76.9% (20)	44.1% (26)
Separado	60% (3)	40% (2)	8.5% (5)
Outro	50% (1)	50% (1)	3.4% (2)
Total estado civil por EDG % (n)	27.1% (16)	72.8% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Quanto à renda mensal, indivíduos com 3 salários mínimos apresentaram menores índices de sintomas depressivos, com EDG menor ou igual a 5 (83.3%). O maior *score* referente à suspeita de transtorno depressivo, inquirido sobre os indivíduos que recebiam 2 salários mínimos (90.9%), seguido daqueles que recebiam 1 salário mínimo (76.5%), de acordo com o exposto na tabela 4. A baixa quantidade de indivíduos no grupo referente à renda mensal maior que 3 salários mínimos não permitiu sua correlação com depressão.

Tabela 4 - Relação entre escala de depressão geriátrica e renda mensal

Renda Mensal	EDG		Total EDG por renda mensal % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Abaixo de um salário mínimo	33.3% (2)	66.6% (4)	10.2% (6)
1 salário mínimo	23.5% (8)	76.5% (26)	57.6% (34)
2 salários mínimos	9.0% (1)	90.9% (10)	18.6% (11)
3 salários mínimos	83.3% (5)	16.7% (1)	10.2% (6)
Mais de 3 salários mínimos	0% (0)	100% (2)	3.4% (2)
Total Renda mensal por EDG % (n)	27.1% (16)	72.9% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Ao analisar o nível de escolaridade, o grupo que apresentou maior quantidade de indivíduos (37.3% do total), foi o correspondente ao 1º grau incompleto, o qual permite melhor análise dos valores, devido à baixa quantidade de indivíduos nos demais grupos. Assim, nesse grupo, houve suspeita de depressão em 72.7% dos indivíduos, ao passo que no grupo daqueles sem escolaridade a taxa foi reduzida para 68.7%, conforme exposto na tabela 5.

Tabela 5 - Escala de depressão geriátrica por escolaridade

Escolaridade	EDG		Total EDG por escolaridade % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Sem escolaridade	31.3% (5)	68.7% (11)	27.1% (16)
1º grau incompleto	27.3% (6)	72.7% (16)	37.3% (22)
1º grau completo	20% (2)	80% (8)	16.9% (10)
2º grau incompleto	40% (2)	60% (3)	8.5% (5)
2º grau completo	0% (0)	100% (2)	3.4% (2)
Superior incompleto	100% (1)	0.0% (0)	1.7% (1)
Superior completo	0.0% (0)	100% (2)	3.4% (2)
Mestrado ou doutorado	0.0% (0)	100% (1)	1.7% (1)
Total Escolaridade por EDG % (n)	27.1% (16)	72.9% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

A maior parte dos indivíduos apresentavam comorbidades, sendo que nesse grupo avaliado separadamente, a taxa de suspeita de depressão foi de 76%, enquanto no grupo dos indivíduos sem comorbidades, foi identificada menor taxa (55.6%), segundo apresentado na tabela 6.

Tabela 6 - Escala de depressão geriátrica segundo comorbidade

Comorbidade	EDG		Total EDG por morbidade % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Sim	24% (12)	76% (38)	84.7% (50)
Não	44.4% (4)	55.6% (5)	16.3% (9)
Total comorbidade por EDG % (n)	27.1% (16)	72.9% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Conforme a ingesta de bebidas alcoólicas, a maior parte dos indivíduos (94.9%) relatou-se abstinente, ou seja, apresentou ingesta de bebida alcóolica menos de 1 vez por ano ou nunca ingeriu. A baixa quantidade de indivíduos nos demais grupos, não permitiu correlação efetiva entre o consumo de bebidas alcóolicas e depressão.

Tabela 7 - Escala de depressão geriátrica por ingestão de bebidas alcoólicas

Ingesta de bebidas alcoólicas	EDG		Total EDG por ingestão de bebidas alcoólicas
	menor ou igual a 5 % (n)	maior do que 5 % (n)	
Muito frequente	0.0% (0)	100% (1)	1.7% (1)
Frequente	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
Ocasional	0.0% (0)	100% (1)	1.7% (1)
Raramente	100% (1)	0.0% (0)	1.7% (1)
Abstinentes	26.8% (15)	73.2% (41)	94.9% (56)
Total de Ingesta de bebidas alcoólicas% (n)	27.1% (16)	72.9% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

Quanto à prática de atividade física, a maioria dos indivíduos apresentou-se sedentária. Entre os indivíduos que praticavam atividade física, 54.5% não apresentou suspeita de depressão, enquanto no grupo dos indivíduos com suspeita de depressão, 79.2% eram sedentários.

Tabela 8 - Escala de depressão geriátrica segundo atividade física

Prática de atividade física	EDG		Total de indivíduos por atividade física % (n)
	Menor ou igual a 5 % (n)	Maior que 5 % (n)	
Sim	54.5% (6)	45.5% (5)	18.6% (11)
Não	20.8% (10)	79.2% (38)	81.4% (48)
Total de indivíduos por EDG % (n)	27.1% (16)	72.9% (43)	100% (59)

FONTE: Autoria própria

6 DISCUSSÃO

Um estudo recente sobre depressão analisou 789 pacientes idosos. Destes, 42% tinham idade entre 65 e 74 anos, 44% com 75 a 78, e 14% tinham mais de 85 anos, com uma idade média global de 76,9 (DP = 6,53). A maioria era do sexo feminino (66%); e a maioria eram brancos (72%). Menos da metade (41%) eram casados. O número médio de comorbidades foi de 2,6 (DP = 2,06), com 48% dos pacientes que relataram três ou mais comorbidades. Dezesesseis por cento relataram sintomas depressivos elevados (CES-D \geq 16); e 15% dos pacientes foram readmitidos no prazo de 30 dias de alta hospitalar (BERGES, 2015).

Um estudo sobre depressão na população idosa constatou que 61,7% da amostra era composta por mulheres, 49,7% tinham idade entre 65 e 74 anos, 86,9% possuíam a pele de cor branca, 51,9% viviam com companheiro, 22,9% não apresentavam nenhum ano de escolaridade (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004).

Em um outro estudo, a depressão foi mais comum entre as mulheres que entre os homens, mesmo após o controle para a idade ($p < 0,0001$). A taxa de depressão em homens foi de 16,3% em 2000 e 14,4% em 2010, enquanto a taxa para mulheres foi de cerca de um quarto da população em cada ano (25,7% em 2000 e 25,2% em 2010) (ANDRADE et al., 2016).

A investigação de depressão é significativamente maior em indivíduos do sexo feminino e este grupo apresenta maior frequência de sintomas depressivos. Entre as mulheres, a prevalência de investigação é de 28,7%, enquanto, entre os homens, o percentual é de 14,8% (RP=1,93; $p < 0,001$), (GAZALLE; HALLAL; LIMA, 2004).

Outro estudo avaliou 220 moradores com depressão de uma comunidade. Houve correlação significativa entre a depressão e sexo feminino (odds ratio [OR] 2,33; IC 95% 1,07-5,06) (NAKULAN et al., 2015).

Em conformidade com os estudos supracitados, nosso estudo identificou prevalência de sintomas depressivos em mulheres, com taxa equivalente a 86,4%, sendo que nesse grupo específico, ao avaliar a quantidade de sintomas depressivos, 23,5% (12) apresentaram 5 sintomas depressivos ou menos, enquanto o número majoritário de mulheres apresentou mais de 5 sintomas depressivos (76,5%, $p = 0.0121$). No sexo masculino, não houve diferença entre a quantidade de sintomas depressivos, sendo que a taxa entre o grupo de pacientes com EDG menor ou igual a 5 foi igual à do grupo de pacientes com EDG superior à 5 (50%).

Outro estudo avaliou 242 sujeitos, sendo que destes 34% foram diagnosticados como depressivos no grupo etário ≥ 80 anos. Depressão entre mulheres idosas foi de 28,4%, enquanto entre os homens foi de 16,2% (GUPTA, 2015).

Um estudo recente avaliou os indicadores de depressão em idosos, tendo participado deste estudo 137 idosos com média de idade de $71,38 \pm 7,08$ anos, em uma amostra composta principalmente por mulheres (65,6%). A maioria dos idosos estava na faixa etária de 60 a 70 anos (70,8%). A prevalência dos sintomas depressivos rastreados foi de 62,8% (MATIAS et al., 2016).

Indivíduos com idade entre 60 e 70 anos, foram os mais identificados no nosso estudo (55,9%). Na faixa etária predominante em nosso estudo, 27,3% dos indivíduos tinham 5 ou menos sintomas depressivos enquanto a maioria (72,7%) apresentou suspeita de depressão. Ao avaliar os idosos com idade entre 71 e 80 anos, a taxa de suspeita de depressão chegou a 75%, em contrariedade ao estudo acima descrito, cuja maior prevalência contemplou idosos com mais de 80 anos. Entre os idosos com mais de 81 anos, essa mesma taxa foi equivalente a 70%. Houve pouca correlação estatística entre as diferentes faixa etárias e o *score* da escala de depressão geriátrica ($p = 0.92$).

Em uma outra pesquisa, foi identificado que os sintomas depressivos são mais frequentes em mulheres do que nos homens (54,6% vs 37,4%, $P = 0,027$), e em indivíduos não casados, incluindo

divorciados e viúvos, que casados (55,6% vs. 38,9%, $P = 0,038$), e os participantes que vivem sozinhos em casa (62% vs 38,1%, $p = 0,003$). Além disso, a depressão foi mais frequente em adultos com doenças crônicas em comparação com idosos sem comorbidade (50,8% vs. 27,5%, $P = 0,02$) e os participantes com menor escolaridade (52,6% vs. 31,3%, $P = 0,007$) (JELASTOPULU et al., 2015).

Entre os idosos solteiros 30,3% estavam deprimidos, enquanto apenas 14,0% estavam deprimidos entre os idosos que eram casados ou viviam com o parceiro. Entre os idosos financeiramente independentes, 10,0% estavam deprimidos enquanto entre os que eram totalmente dependentes a taxa foi de 32,3% (GUPTA, 2015).

Em concordância com o estudo de Gupta (2015), o nosso identificou que indivíduos solteiros são mais propensos a apresentarem depressão. Todos os idosos solteiros avaliados por nosso estudo apresentaram EDG maior do que 5, ou seja, com suspeita de depressão. A maioria dos idosos eram viúvos, sendo que neste grupo, a maior parte apresentou suspeita de transtorno depressivo. Entre os idosos separados, essa taxa foi menor (40%). Não houve correlação estatística importante entre o *score* da escala EDG e o estado civil ($p = 0,18$, IC95%: 0.17 - 0.19), sendo essas variáveis consideradas independentes.

Um outro estudo objetivou explorar a prevalência e fatores de influência de sintomas depressivos em chineses idosos, de 1987 a 2012. O estudo investigou 81 artigos publicados os 30 itens da escala de depressão geriátrica (EDG-30) como uma ferramenta de medição através de meta-análise. Um total de 88.417 adultos mais velhos chineses foram incluídos na revisão. A prevalência agrupada de sintomas depressivos em idosos chineses foi de 23,6% (IC 95%: 20,3-27,2%). A prevalência agrupada de sintomas depressivos foi maior nas mulheres. Além disso, a prevalência de sintomas depressivos em idosos casados foi menor do que em adultos solteiros (ou seja, divorciado, solteiras ou viúvas). A prevalência de sintomas depressivos em idosos chineses apresentaram uma tendência de queda com o aumento do nível de escolaridade. Além disso, a prevalência de sintomas depressivos aumentou gradualmente com o ano de recolha de dados. Foram encontradas diferenças significativas nas ferramentas de medição, sexo, grau de escolaridade e estado civil, mas nenhum na idade (LI et al., 2014).

Nosso estudo encontrou correlação estatística significativa entre a renda mensal e a quantidade de sintomas depressivos ($p = 0,014$, IC 95%: 0.011 - 0.016), sendo que 66.6% dos idosos que recebiam menos de um salário mínimo apresentavam depressão. No grupo majoritário, ou seja, os que recebiam apenas um salário mínimo, 76.5% tinham mais de 5 sintomas depressivos. Entre os idosos que recebiam mais de 3 salários mínimos essa taxa chegou a 100%, o que não permite adequada evidência pela quantidade de pacientes nesse grupo ($n=2$).

Quanto à escolaridade, identificamos que não houve correlação estatística significativa entre o nível de escolaridade e a quantidade de sintomas depressivos ($p = 0.66$, IC 95%: 0.65 - 0.67). A análise dos indivíduos com escolaridade com segundo grau completo ($n=2$), ensino superior incompleto ($n=0$), completo ($n=2$), mestrado e doutorado ($n=1$) foi dificultada por estes grupos corresponderem à uma quantidade de indivíduos a qual não permitiu comparação com evidência científica favorável. Ao serem analisados os demais grupos, indivíduos com 1º grau completo obtiveram até 80% de *score* no EDG maior do que 5.

Em uma outra pesquisa, foi identificado que a depressão foi mais frequente em adultos com doenças crônicas em comparação com idosos sem comorbidade (50,8% vs. 27,5%, $P = 0,02$) e os participantes com menor escolaridade (52,6% vs. 31,3%, $P = 0,007$) (JELASTOPULU et al., 2015).

Quanto às comorbidades, nosso estudo encontrou que o grupo de idosos com comorbidades contemplou EDG maior do que 5 se comparado aos idosos sem comorbidades (76% vs 55.6%). Embora em conformidade com demais estudos realizados previamente, não houve correlação estatística significante entre comorbidade e *score* do EDG ($p = 0.23$; IC 99%: 0.22 - 0.24).

Ao avaliar a relação entre sintomas depressivos e o uso de álcool, uma análise não encontrou provas que identificassem a ingestão de álcool como fator de risco para depressão. Pelo contrário, descobriram que, em comparação com indivíduos sem sintomas depressivos no início do estudo, os indivíduos com sintomas depressivos eram menos propensos a começarem a beber, mais propensos a parar de beber, e menos propensos a aumentar a alta ingestão alcóolica nos dois anos de seguimento do estudo (CHENG et al., 2016).

Nosso estudo não encontrou correlação entre o consumo de álcool e suspeita de depressão ($p = 0.61$; IC 99%: 0.60 - 0.63), sendo que a maioria dos idosos declararam-se abstinentes, ou seja, nunca ingeriram álcool, ou o fazem menos de uma vez por ano.

Um estudo examinou a relação entre sintomas da depressão e desempenho físico em mulheres idosas. Um total de 173 mulheres idosas com idades entre 65 a 80 participaram do estudo. Esse estudo mostrou que um alto nível de desempenho físico é associado com baixos níveis de sintomas de depressão em mulheres idosas. Houve uma correlação especialmente significativa entre EDG e caminhada de 6 minutos e 30 segundos de musculação pesada. O estudo concluiu que força, resistência de força, o nível de resistência cardiorrespiratória, e melhoria na agilidade são pensados para exercer influências positivas sobre a depressão (LEE, 2015).

Outro estudo contemplou amostra de 90 indivíduos, com idades de 69,3 ($\pm 6,8$), em média, com idade mínima de 59 anos e máxima de 84 anos. A maioria dos indivíduos investigados estava na faixa etária entre 65 e 74 anos (38,9%). A proporção de mulheres era ligeiramente superior (51,1%). O exercício físico foi praticado por 37,8% dos indivíduos. No grupo de indivíduos que não praticam

exercício físico, houve uma associação entre a ocorrência de tonturas e sintomas depressivos leves/moderados ($p < 0,001$). No entanto, na mesma análise feita com o grupo dos que praticam alguma atividade física, a associação entre tontura e sintomas depressivos não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (WENDER et al., 2015).

Quanto à atividade física, nosso estudo averiguou correlação estatística entre a prática de atividade física e o desenvolvimento de depressão ($p = 0.035$; IC 99%: 0.031 - 0.038), sendo que indivíduos sedentários tiveram maior taxa de suspeita de depressão que indivíduos fisicamente ativos (79.2% vs 45.5%).

7 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico identificado em nossa pesquisa, em conformidade com os dados apresentados em outros estudos, majoritariamente correspondeu ao sexo feminino, faixa etária de 71 a 80 anos, solteiros, renda de 2 salários mínimos apenas, 1º grau incompleto quanto à escolaridade. Quanto à presença de comorbidades, a maioria apresentou ao menos 1 comorbidade. Quanto aos hábitos de vida, a maioria afirmou ser abstinente quanto à ingestão de bebida alcoólica, e 81.4% não praticavam atividade física. Houve correlação estatística significativa entre o *score* do EDG relacionado ao sexo e prática de atividade física. As taxas de sintomas depressivos relacionados à sexo, idade, estado civil, comorbidade e atividade física apresentadas por nosso estudo, embora em concordância relativa a outros estudos previamente realizados, se considerados valores absolutos e não as relações numericamente corrigidas, nossos achados serão considerados bem maiores que os resultados correspondentes em outros estudos. Isso se deve a um possível viés de seleção, justificado por terem sido analisados apenas indivíduos com sintomas depressivos, não havendo portanto, padrão de comparação com indivíduos não expostos. Para que houvesse reparo desse viés com menor prejuízo possível de evidência científica, os grupos foram avaliados individualmente tendo sido extraídos resultados por estratos e apenas depois foram analisados os dados ajustados numericamente por avaliação numérica relativa. Outra grande dificuldade do estudo refere-se ao pouco tempo de coleta de dados, que reduziu a amostra inicial de 114, para 61 indivíduos, inquerindo erro amostral de 10% no estudo. Sugere-se continuidade da pesquisa científica para adequação da amostra e erro amostral máximo de 5% para incremento ao nível de evidência do estudo.

Por fim, conclui-se que ações de detecção precoce da depressão em idosos devem ser adotadas, tendo em vista que esta patologia é de difícil diagnóstico nesses indivíduos, sendo muitas vezes negligenciada ao ser considerada um processo natural do envelhecimento (LAURINDO; LOPES; ROCHA, 2020).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD - 10 and DSM - IV. **International Journal Of Geriatric, Australia**, v. 10, n. 14, p. 858-865, 1999.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paul Enferm**, Dourados-MS, v. 24, n. 4, p. 497-503, 2012.

ANDRADE, F. C. D. et al. Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, p. 14-23, 2016.

BERGES, I. M. Associations between Depressive Symptoms and 30-day Hospital Readmission among Older Adults. **Journal Of Depression And Anxiety**, [s.l.], v. 04, n. 02, p.76-89, 2015.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em idosos de comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**, Florianópolis – SC, v. 7, n. 23, p. 75-82, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília, 2007.

CANTÃO, L. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Idosos com Depressão e o Uso de Substâncias Psicoativas. **Rev Rene.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 355-62, 2015.

CHENG, H. G. et al. Prospective relationship of depressive symptoms, drinking, and tobacco smoking among middle-aged and elderly community-dwelling adults: Results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 195, p. 136-143, 2016.

FAÍSCA, L. R. Sintomatologia Depressiva e Solidão na população idosa residente na cidade da Covilhã. **Elsevier BV**, Covilhã, 2012.

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. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, jan./mar. 2010.

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, Sept. 2004.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. V. Prevalência de idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região Nordeste do Brasil (São Luís – MA). **Revista Brasileira Geriatria e Gerotologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

GUPTA, A. Screening Depression Among Elderly in a City of Southeast Asia. **Jc dr**, [s.l.], p. 67-78, 2015.

JELASTOPULU, E. et al. Depressive symptoms in late life in urban and semi -urban areas of South-West Greece: An undetected disorder? **Indian Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 57, n. 3, p. 295-304, 2015.

LAURINDO, M. V.; LOPES, R. E.; ROCHA, R. R. Perfil Epidemiológico de Idosos com Transtornos Depressivos em um Município do Nordeste Brasileiro. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 2945- 2961 jan. 2020.

LEE, Y. C. A study of the relationship between depression symptom and physical performance in elderly women. **Journal Of Exercise Rehabilitation**, [s.l.], v. 11, n. 6, p. 367-371, 29 dez. 2015.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n. 1, p. 31-8, 2006.

LI, D. et al. A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, [s.l.], v. 58, n. 1, p. 1-9, jan. 2014.

LIMA, D. F. et al. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Rev Panam Salud Publica**. 36(3):164–70, 2014.

MATIAS, A. G. C. et al. Indicators of depression in elderly and different screening methods. **Einstein**, São Paulo), [s.l.], v. 14, n. 1, p. 6-11, mar. 2016.

NAKULAN, A. et al. Prevalence and risk factors for depression among community resident older people in Kerala. **Indian Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 57, n. 3, p. 262-270, 2015.

NOGUEIRA, E. L. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

OLIVEIRA, J. M. R. Avaliação da assistência em saúde em um hospital dia geriátrico no município de Anápolis – aspectos de resolutividade e efetividade. Dissertação (Mestrado Profissional) – **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**: Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO, 2012.

POMPILI, M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. **Int J Environ Res Public Health**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 392-431, 2010.

SANTOS, J. G. et al. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. **J Bras Psiquiatr**, Rio Claro – SP, p. 102-6, 2012.

SILVA, E. R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1387-93, 2012.

SOUZA, M. C. M. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, jan/mar; 1(1):40-46, 2011.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 8, n.3, p. 91 -98, 2002.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev Bras Enferm**, Maringá-PR, v. 67, n. 3, p. 50-6, 2014.

VERAS, R. P. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade.

Rev A Terceira Idade, Paraíba, v. 14, n. 23, p. 6-29, 2003.

WENDER, M. et al. Dizziness, Physical Exercise, Falls, and Depression in Adults and the Elderly.

Int Arch Otorhinolaryngol, [s.l.], v. 20, n. 02, p.124-131, 6 nov. 2015.