

Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão¹

Claudia Daiane Trentin Lampert², Silvana Alba Scortegagna
Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo-RS, Brasil

RESUMO

Este estudo avaliou as condições de saúde e as distorções cognitivas de idosos com depressão. Foram participantes 75 idosos, com média de idade de 69,5 anos, divididos em um Grupo Clínico (GC), com diagnóstico e sintomas depressivos atuais, e outro Grupo Não Clínico (GNC), sem depressão. Foram utilizados um questionário de caracterização sociodemográfica, o Miniexame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica, o Índice de Katz, a Escala Visual Analógica e a Escala de Pensamentos Depressivos. O GC quando comparado ao GNC apresentou diferenças quanto ao gênero feminino, classe socioeconômica C1, número de comorbidades associadas, medicamentos de uso contínuo, desesperança e baixa autoestima, além de percepção de disfuncionalidade nas relações. A avaliação dos fatores relacionados à depressão pode qualificar ações de tratamento e prevenção em saúde mental no envelhecimento. *Palavras-chave:* avaliação psicológica; psicopatologia; cognições; velhice.

ABSTRACT – Evaluation of health conditions and cognitive distortions of elderly people with depression

This study evaluated the health conditions and cognitive distortions of elderly people with depression. 75 elderly people participated with an average age of 69.5 years. They were divided into a Clinical Group (CG), with a diagnosis and current depressive symptoms, and another Non-Clinical Group (NCG), without depression. A questionnaire on sociodemographic characteristics, the Mini Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale, the Katz Index, the Visual Analogue Scale and the Depressive Thoughts Scale were used. The CG when compared to NCG presented differences with respect to female gender, socioeconomic class C1, the number of comorbidities associated, drugs used regularly, hopelessness and low self-esteem, in addition to perception of dysfunctionality in relationships. The evaluation of the factors related to depression may qualify actions of treatment and prevention in mental health in old age.

Keywords: psychological assessment; psychopathology; cognitions; old age.

RESUMEN – Evaluación de las condiciones de salud y distorsiones cognitivas en mayores con depresión

Este estudio evaluó las condiciones de salud y las distorsiones cognitivas de las personas mayores con depresión. Participaron de la investigación 75 mayores, en una franja de edad de 69,5 años, divididos en un Equipo Clínico (EC), con diagnóstico y síntomas de depresión actuales, y otro Equipo No Clínico (ENC) sin depresión. Fueron utilizados cuestionarios de rasgos socio demográfico, el Mini examen del Estado Mental, la Escala de Depresión Geriátrica, el índice de Katz, la Escala Visual Analógica y la Escala de Pensamientos Depresivos. El EC cuando comparado al ENC presentó diferencias cuanto al género femenino, clase socioeconómica C1, número de comorbidades asociadas, fármacos de uso continuo, desesperación y baja autoestima, además de la percepción de disfuncionalidad. La evaluación de los factores relacionados a la depresión puede calificar acciones de tratamiento y prevención en salud mental en el envejecimiento.

Palabras clave: evaluación psicológica; psicopatología; cogniciones; vejez.

A depressão é uma condição comum, incapacitante e onerosa que implica consequências devastadoras para a qualidade de vida no envelhecimento (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Unützer & Park, 2012). Estudos epidemiológicos nacionais, de base populacional, apontam uma prevalência de

sintomas depressivos variando entre 18 e 27,5% em idosos residentes na comunidade (Borges, Benedetti, Xavier, & D’Orsi, 2013; Bretanha et al., 2015; Lima, Silva, & Ramos, 2009; Ramos, Carneiro, Barbosa, Mendonça, & Caldeira, 2015) e assinalam para um aumento na prevalência, chegando até a 52% em

¹Artigo derivado da dissertação de mestrado da autora Claudia Daiane Trentin Lampert, sob a orientação de Silvana Alba Scortegagna, defendida em 2015, no Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Este estudo recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

²Endereço para correspondência: Universidade de Passo Fundo, Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, BR-285, Caixa Postal 611, São José, 99052-900, Passo Fundo-RS, Brasil. E-mails: claudia.lampert@imed.edu.br; silvanalba@upf.br

idosos atendidos em serviços de saúde das atenções primária e secundária (Aguiar et al., 2014; Alvarenga, Oliveira, & Faccenda, 2012; Borges & Dalmolin, 2012; Fernandes, Nascimento, & Costa, 2010; Fontes, Fattori, D'Elboux, & Guariento, 2015).

Nos idosos, os quadros depressivos apresentam particularidades na expressão dos sintomas, como humor depressivo menos evidente; enquanto anedonia, ausência de afeto positivo, irritabilidade, ansiedade e maior preocupação com a incapacidade cognitiva e sintomas somáticos, podem ser mais comuns (Smith, Haedtke, & Shibley, 2015; Taylor, 2014; Unützer & Park, 2012). Segundo Fiske et al. (2009), a depressão em idosos pode ser entendida como uma interação entre vulnerabilidades, incluindo fatores genéticos, neurobiológicos, cognitivos, afetivos e sociodemográficos.

A associação entre depressão e fatores sociodemográficos está bem estabelecida pela literatura, indicando como fatores de risco: sexo feminino, baixo nível socioeconômico e de escolaridade, ser viúvo ou solteiro e morar sozinho (Borges et al., 2013). Além desses fatores, as condições de saúde, como a presença de doenças crônicas (Bretanha et al., 2015; Verhaak, Dekker, Waal, Marwijk, & Comijs, 2014), o maior uso de medicamentos (Fernandes et al., 2010; Gregoleti & Scortegagna, 2015), a fragilidade (Ramos et al., 2015), o tabagismo (Ramos et al., 2015; Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo, & Hallal, 2010), a incapacidade funcional (Bretanha et al., 2015; Boggio et al., 2015), os prejuízos cognitivos (Borges et al., 2013; Lima et al., 2009), a dor crônica (Borges et al., 2013; Wicke et al., 2014) e a percepção negativa da saúde, (Aguiar et al., 2014; Bretanha et al., 2015) encontram-se relacionadas à depressão em idosos.

Condições de saúde, especificamente as relações entre incapacidade funcional e doenças somáticas com depressão, foram investigadas por Verhaak et al. (2014). Entre os resultados, as incapacidades relacionadas ao autocuidado e a participação social e a presença de doença somática, quando associada à incapacidade, foram relacionadas à depressão. Acompanhando esses achados, Wicke et al. (2014) observaram que a influência do humor depressivo na qualidade de vida relacionada com a saúde em idosos é maior do que a influência da multimorbilidade e intercede na percepção de apoio social.

A ocorrência de eventos de vida estressores, como a morte de um ente querido (Borges & Dalmolin, 2012; Fernandes et al., 2010; Taylor, 2014), as dificuldades financeiras, a doença física ou deficiência de algum membro da família, os conflitos interpessoais e ser cuidador primário (Borges et al., 2013; Fiske et al., 2009) contribuem para a depressão em idosos. Contudo, a maneira como os idosos respondem às vivências desses estressores é influenciada pelo seu estilo

cognitivo, o que poderá potencializar seus efeitos com maior risco para a depressão (Fiske et al., 2009).

Considerando a influência dos aspectos cognitivos, destaca-se a importância dos pensamentos disfuncionais nos transtornos depressivos (Carneiro, Baptista, & Moreno, 2014). Distorções de pensamento na depressão, como a avaliação negativa sobre si mesmo, o futuro e a vida, podem ser precursores na depressão. Sentimentos como baixa autoestima, autocrítica, apatia, isolamento, baixa autoeficácia foram associados à sintomatologia depressiva em idosos em alguns estudos (Alvarenga et al., 2012; Fontes et al., 2015; Unützer & Park, 2012).

O conhecimento da complexidade dos fatores relacionados que interagem para a depressão no idoso tem importante referência para subsidiar a orientação de tratamentos eficazes e promover melhor qualidade de vida a ele. Desse modo, este estudo objetiva avaliar as condições de saúde e as distorções cognitivas de idosos com depressão.

Método

Participantes

A amostra foi composta de 75 idosos com idades de 60 anos e mais, com média de idade de 69,5 anos (desvio-padrão – $DP=7,3$ anos), divididos em 2 grupos, clínico e não clínico, pareados em nível de idade, escolaridade, estado civil e renda mensal. Participaram do Grupo Clínico (GC) 36 idosos com o diagnóstico de depressão efetuado por médico responsável do serviço de saúde de acordo com os critérios de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID 10) (OMS 1993) e presença de sintomas depressivos de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Os pacientes foram provenientes de serviços de saúde como Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de um município do norte do Estado do Rio Grande do Sul.

O Grupo Não Clínico (GNC) foi constituído de 39 idosos que autorrelataram não terem sido diagnosticados com depressão, sem sintomas depressivos atuais conforme a GDS-15, procedentes de grupos de convivência do município local do estudo. Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: não apresentar indicativo de demência nem dificuldades visuais ou auditivas que pudessem interferir na execução dos instrumentos da pesquisa e não estar em tratamento devido à emergência de doenças degenerativas e câncer, ambos considerados vieses de possível interferência nos resultados.

Instrumentos

Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, elaborado pelas autoras com o objetivo de:

1. obter informações sobre idade, gênero, raça, situação conjugal, de trabalho e de moradia, nível socioeconômico e de escolaridade;
2. investigar as condições de saúde, funcional e cognitiva;
3. avaliar a percepção subjetiva de saúde e eventos de vida estressores;
4. verificar os critérios de inclusão da amostra.

O protocolo consistiu de 21 questões fechadas. Na avaliação socioeconômica utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015). Quanto aos eventos de vida estressores, consideraram-se os seguintes: morte de alguém importante, familiar ou não, dificuldade financeira percebida, ser cuidador primário de familiar e a ocorrência de mais de um evento estressor. Quanto ao tempo da ocorrência dos eventos, foi considerado o período dos últimos seis meses, conforme estudo de Fiske et al. (2009), que sugere ser esse o tempo de maior impacto.

Minixame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975) traduzido e validado no Brasil por Bertolucci, Brucki, Campacci, e Juliano (1994), para avaliar aspectos cognitivos e verificar os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Ele é composto de questões agrupadas em sete categorias, com um escore total de 0 a 30 pontos. Foram utilizados os pontos de corte do estudo de Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003): baixa escolaridade (1 a 4 anos) – 20 pontos; média escolaridade (4 a 8 anos) – 24 pontos; alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26 pontos. O instrumento apresentou sensibilidade de 97,5% para analfabetos, 96,6% para baixa e média escolaridades e 95,6% para alta escolaridade (Bertolucci et al., 1994).

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986), adaptada por Almeida e Almeida (1999), instrumento de rastreio para identificar sintomas depressivos em idosos, autoaplicável ou realizado por um entrevistador, composto de 15 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não) a respeito de como a pessoa tem se sentido durante a última semana. Os itens avaliam a satisfação de vida pessoal, o estado de humor, a irritabilidade, os pensamentos negativos, a felicidade, a capacidade de solucionar problemas, o interesse em sair de casa e fazer coisas novas ou coisas que já gostava em detrimento a ficar em casa sozinha, a sensação de inutilidade, de energia e de esperança e sentir-se bem ou pior que as outras pessoas. Cada resposta positiva para sintomas depressivos recebe um ponto. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) é indicado para a versão brasileira da GDS-15 com índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (Almeida & Almeida, 1999).

Índice de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963), adaptado por Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho e Buksman (2008), com a finalidade

de avaliar a capacidade funcional para atividades de vida diárias como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências da cama para cadeira e vice-versa, controle sobre os esfíncteres e alimentação sem assistência. A classificação das respostas ao instrumento varia de 0 (totalmente independente) a 6 (dependente em todas as funções). A avaliação é baseada no real desempenho, não na habilidade que o indivíduo julgue ser capaz. No Brasil, o processo de adaptação transcultural da escala obteve concordância de 78,9% e alfa de Cronbach de 0,80 a 0,92 (Lino et al., 2008).

Escala Visual Analógica (EVA) (Pereira & Sousa, 1998) consiste em um método de avaliação unidimensional da dor, caracterizado por um desenho de uma régua, com uma numeração de 0 a 10, classificada em três graus de intensidade de dor, leve (0 a 2), moderada (3 a 7) e intensa (8 a 10), com a inclusão de faces desenhadas com diferentes expressões como indicadores de parâmetros comportamentais para aferir a intensidade da dor sentida. Sua aplicação consiste em solicitar ao indivíduo que indique no desenho a classificação da dor autorreferida.

Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) (Carneiro & Baptista, 2016), com o propósito de avaliar as distorções cognitivas. A escala avalia pensamentos distorcidos que podem ser indicativos de depressão e foi construída com base na tríade cognitiva proposta por Beck, que é considerada como substrato para o entendimento de interpretações rígidas e negativistas relacionadas à depressão. O instrumento contém 26 itens, divididos em dois fatores:

1. Fator 1 (F1 – baixa autoestima/desesperança), com 16 itens referentes à percepção negativista quanto a si próprio e suas perspectivas de futuro,
2. Fator 2 (F2 – funcionalidade nas relações), composto de 10 itens sobre a avaliação que o indivíduo apresenta quanto a suas relações e o suporte recebido.

A escala pode variar de 26 a 78 pontos, indicando o nível de pensamentos depressivos, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os pensamentos disfuncionais. A escala total apresentou alfa de Cronbach de 0,93; no F1 o alfa foi de 0,93; e no F2, de 0,89.

Procedimentos

De posse da assinatura da carta de autorização das instituições e da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob o parecer de número 849.201, emitido em 29 de outubro de 2014, iniciou-se a coleta dos dados no GC, pelo contato presencial com as enfermeiras responsáveis nas unidades de saúde, que gentilmente realizaram uma triagem nos prontuários indicando uma lista de nomes de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão para esse grupo. Em seguida, com o auxílio de agentes comunitárias de saúde,

a pesquisadora entrou em contato com os pacientes. Após a explanação dos objetivos da pesquisa, aqueles que demonstraram interesse em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, administrou-se o questionário sociodemográfico e de condições de saúde, seguido de MEEM, GDS-15, Índice de Katz, EVA e EPD, respectivamente. Os instrumentos foram aplicados individualmente, nas dependências das unidades ou nas residências dos idosos, conforme determinado pelo participante, com duração de uma hora aproximadamente.

Para a coleta de dados no GNC, contou-se o coordenador do grupo de convivência e, conforme sua indicação, a pesquisadora visitou os grupos, explanando aos integrantes os objetivos e procedimentos da pesquisa. Aos idosos que desejaram participar, após assinarem o TCLE, foi administrado o questionário sociodemográfico e de condições de saúde, o MEEM, o GDS-15, o Índice de Katz, a EVA e a EPD. A coleta de dados foi individual, realizada no mesmo local onde o grupo reúne-se para as atividades, com o tempo aproximado de uma hora.

Considerando os critérios de inclusão/exclusão da participação ao estudo, somente dois idosos foram excluídos e não puderam fazer parte da pesquisa, por duas razões distintas. Um por ter apresentado pontuação menor do que 20 no MEEM e outro por dificuldades visuais que comprometeriam a execução dos instrumentos de investigação.

Os dados foram armazenados em planilha do Excel® e analisados estaticamente por meio do *software* SPSS for Windows versão 22.0®. As associações entre variáveis categóricas foram realizadas utilizando-se o teste χ^2 de Pearson ou o teste da razão de verossimilhança quando duas ou mais caselas das tabelas de contingência apresentavam valor esperado <5 . As associações entre variáveis numéricas e categóricas foram conduzidas por meio da análise de variância (ANOVA). Quando o pressuposto de igualdade das variâncias foi violado, utilizou-se o estimador robusto de Brown-Forsythe. Considerou-se como estatisticamente significativo teste com valor de probabilidade $<0,05$.

Resultados

Na descrição dos resultados é exposta, primeiramente, a caracterização sociodemográfica da população em estudo. Em seguida, são apresentadas as comparações entre os GC e GNC, referentes a condições de saúde e avaliação funcional e cognitiva apresentadas pelos idosos. Na sequência, demonstram-se as percepções de saúde subjetiva e eventos de vida estressores e os resultados referentes a distorções negativas de pensamento apresentadas pelos grupos. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população em estudo.

Como se pode verificar na Tabela 1, dos 75 idosos avaliados, 36 compuseram o GC e 39, o GNC. A amostra total foi predominantemente de mulheres (85,3%), teve média de idade de 69,5 anos ($DP=7,3$), 6,3 anos de escolaridade em média ($DP=4,1$), brancos (84%), casados (56%), com filhos (94,7%), residentes com o cônjuge (52%), aposentados (92%), sem exercer atividade remunerada (84%) e com renda mensal individual de um a três salários-mínimos (66,7%). As variáveis que apresentaram diferença significativa entre GC e GNC foram a proporção de sexo, 34 (94,4%) *versus* 30 (76,9%), $p=0,032$ com a presença, mesmo que reduzida, de mais mulheres no GC, e a classificação do nível socioeconômico, pertencentes à classe C1 no GC (38,9%) e à classe B2 no GNC (30,8%), com $p=0,034$.

A maior presença de mulheres com depressão no GC pode estar relacionada ao processo de feminilização do envelhecimento populacional e vulnerabilidade do gênero feminino (Lima & Bueno, 2009), a fatores biológicos e sociais, como a viuvez e a baixa escolaridade, a eventos estressantes na vida, à aposentadoria e à maior procura pelos serviços de saúde (Alvarenga et al., 2012; Fernandes et al., 2010; Gregoleti & Scortegagna, 2015). Quanto à classe socioeconômica, observa-se que a maior parte das participantes deste estudo, tanto do GC quanto do GNC, pertencia às classes C1 (33,3%) e C2 (30,7%). Contudo, no GC os idosos pertenciam à classe econômica mais inferior do que os idosos do GNC. Considera-se essa diferença em razão da heterogeneidade apresentada pelo GNC, resultante da diversidade socioeconômica dos idosos que participam de grupos de convivência. A seguir, a Tabela 2 descreve as condições de saúde e avaliação funcional e cognitiva da população em estudo.

Conforme a Tabela 2, observa-se que a proporção da quantidade de comorbidades associadas (13, 36,1% *versus* 2, 5,1%; $p=0,001$) e a quantidade de medicamentos de uso contínuo (18, 50% *versus* 7, 17,9%; $p=0,001$) é maior entre os idosos com depressão (GC) quando comparados aos idosos sem depressão (GNC). As doenças crônicas hipertensão arterial (69,5%), diabetes (41,5%) e doenças cardíacas (30,5%) foram as mais frequentes no GC, e no GNC as mais frequentes foram hipertensão arterial (61%), doenças cardíacas (17,9%) e doenças osteoarticulares (15,4%). Quanto à dor crônica autorreferida, houve um aumento na percepção da intensidade da dor nos idosos do GC ($M=4,7$; $DP=3,4$), comparados aos idosos do GNC ($M=1,6$; $DP=2,3$). Sobre a avaliação da cognição e capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), nota-se que a proporção de dependência funcional (com escores 14 (38,9%) *versus* 5 (12,8%); $p=0,012$) e prejuízos cognitivos ($24,2\pm 3,2$ *versus* $26,3\pm 3,0$; $p=0,005$) é

Tabela 1
Características sociodemográficas da população em estudo

Variável	Grupo		Total (n=75)	p
	Clínico (n=36)	Não clínico (n=39)		
Sexo feminino	34 (94,4%)	30 (76,9%)	64 (85,3%)	0,032
Idade (anos)	69,1±6,0	70,5±7,2	69,5 (±7,3)	0,189
Escolaridade (anos)	5,7 (±3,7)	6,9 (±4,5)	6,3 (±4,1)	0,229
Raça				
Branca	31 (86,1%)	32 (82,1%)	63 (84,0%)	
Afrodescendente	1 (2,8%)	2 (5,1%)	3 (4,0%)	0,546
Parda	3 (8,3%)	5 (12,8%)	8 (10,7%)	
Indígena	1 (2,8%)	–	1 (1,3%)	
Situação conjugal				
Casado	20 (55,6%)	22 (56,4%)	42 (56,0%)	
Solteiro	3 (8,3%)	–	3 (4,0%)	0,187
Divorciado	3 (8,3%)	3 (7,7%)	6 (8,0%)	
Viúvo	10 (27,8%)	14 (35,9%)	24 (32,0%)	
Prole				
Sim	33 (91,7%)	38 (97,4%)	71 (94,7%)	0,267
Não	3 (8,3%)	1 (2,6%)	4 (5,3%)	
Reside com				
Cônjuge	10 (52,8%)	20 (51,3%)	39 (52,0%)	
Filho (a)	7 (19,4%)	11 (28,2%)	18 (24,0%)	0,170
Outros familiares	3 (8,3%)	–	3 (4,0%)	
Sozinho (a)	7 (19,4%)	8 (20,5%)	15 (20,0%)	
Aposentado				
Sim	32 (88,9%)	37 (94,9%)	69 (92,0%)	0,340
Não	4 (11,1%)	2 (5,1%)	6 (8,0%)	
Exerce atividade remunerada				
Sim	6 (16,7%)	6 (15,4%)	12 (16,0%)	0,880
Não	30 (83,3%)	33 (84,6%)	63 (84,0%)	
Renda mensal individual (SM)				
Até um	6 (16,7%)	2 (5,1%)	8 (10,7%)	
De 1 a 3	26 (72,2%)	24 (61,5%)	50 (66,7%)	0,067
De 3 a 5	3 (8,3%)	6 (15,4%)	9 (12,0%)	
De 5 a 8	1 (2,8%)	5 (12,8%)	6 (8,0%)	
Mais de 8	–	2 (5,1%)	2 (2,7%)	
Classe econômica				
A	–	1 (2,6%)	1 (1,3%)	
B1	1 (2,8%)	5 (12,8%)	6 (8,0%)	
B2	5 (13,9%)	12 (30,8%)	17 (22,7%)	0,034
C1	14 (38,9%)	11 (28,2%)	25 (33,3%)	
C2	13 (36,1%)	10 (25,6%)	23 (30,7%)	
DE	3 (8,3%)	–	3 (4,0%)	

Nota: SM=salário-mínimo. Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão.

maior entre os idosos com depressão, quando comparados aos livres da doença. Os resultados da percepção subjetiva de saúde e de eventos de vida estressores e distorções de pensamento apresentadas pelos idosos encontram-se dispostos na Tabela 3.

Como disposto na Tabela 3, houve maior proporção na percepção subjetiva de saúde como regular no GC (50%) quando comparado ao GNC (15,4%), com $p \leq 0,001$. Os resultados apontaram no GC um aumento na percepção da ocorrência de eventos de vida estressores ($p = 0,002$) principalmente relacionado a dificuldades financeiras (25%) e à presença

de mais de um evento associado (19,4%), especialmente com a associação entre morte e problemas econômicos.

Com relação à avaliação dos pensamentos depressivos, nota-se que os escores de desesperança e baixa autoestima e de percepção de disfuncionalidade nas relações sociais são maiores no grupo com depressão ($28,4 \pm 8,9$ versus $17,8 \pm 3,7$; $p < 0,001$), em comparação com o grupo sem depressão ($14,6 \pm 4,2$ versus $11,2 \pm 5,5$; $p < 0,001$). Na GDS-15 o GC apresentou um escore de $8,6 \pm 2,6$, acima do ponto de corte para caso (≥ 6), o que indica a presença de sintomas depressivos.

Tabela 2
Condições de saúde, funcional e cognitiva da população em estudo

Variável	Grupo		Total (n=75)	p
	Clínico (n=36)	Não clínico (n=39)		
Número de comorbidades				0,001
Nenhuma	1 (2,8%)	9 (23,1%)	10 (13,3%)	
1	13 (36,1%)	14 (35,9%)	27 (36,0%)	
2	9 (25,0%)	14 (35,9%)	23 (30,7%)	
3	13 (36,1%)	2 (5,1%)	15 (20,0%)	
Comorbidades				
Hipertensão arterial	25 (69,5%)	22 (61,0%)	47 (62,6%)	
Diabetes	15 (41,5%)	4 (10,2%)	19 (25,3%)	
Doenças cardíacas	11 (30,5%)	7 (17,9%)	18 (24,0%)	
Doenças osteoarticulares	8 (22,2%)	6 (15,4%)	14 (18,6%)	
Doenças do aparelho circulatório	4 (11,0%)	1 (2,5%)	5 (6,6%)	
Intensidade de dor crônica autorreferida	4,7 ($\pm 3,4$)	1,6 ($\pm 2,3$)	3,0 ($\pm 3,2$)	<0,001
Quantidade de medicamentos de uso diário				0,001
Nenhum	–	3 (7,7%)	3 (4,0%)	
Até dois	3 (8,3%)	14 (35,9%)	17 (22,7%)	
De 3 a 5	15 (41,7%)	15 (38,5%)	30 (40%)	
Mais de 6	18 (50%)	7 (17,9%)	25 (33,3%)	
Função cognitiva	24,2 \pm 3,2	26,3 \pm 3,0	25,28 \pm 3,3	0,005
Capacidade funcional nas ABVD				0,012
Independente	21 (58,3%)	34 (87,2%)		
Dependente em uma função	14 (38,9%)	5 (12,8%)		
Dependente em duas funções	1 (2,8%)	–		

Nota: ABVD=Atividades Básicas de Vida Diária. Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média \pm desvio-padrão.

Discussão

O presente estudo permitiu constatar diferenças significativas entre os grupos pesquisados e demonstrar a relevância das condições de saúde e distorções cognitivas na depressão em idosos. Os principais resultados revelam maior prevalência de depressão em mulheres idosas que apresentam:

1. baixo nível socioeconômico;
2. maior número de doenças somáticas associadas;
3. uso de uma quantidade maior de medicamentos;
4. maior intensidade de dor crônica, prejuízos cognitivos, maior dependência funcional e pior autopercepção de saúde;

5. distorções no pensamento, como baixa autoestima e desesperança;
6. percepção de disfuncionalidade nas relações sociais.

Com relação à diferença de gênero, a amostra predominantemente feminina segue o padrão de feminilização da velhice, decorrente de a mortalidade masculina ser superior à feminina ao longo da vida, e crescimento da população feminina na população com 60 anos e mais (Camarano, 2008). Neste estudo, a maior ocorrência de mulheres com depressão corrobora estudos também realizados em serviços de saúde (Fernandes et al., 2010; Gregoleti & Scortegagna, 2015;

Tabela 3
Avaliação da percepção subjetiva de saúde, eventos de vida estressores e distorções de pensamento

Variável	Grupo			p
	Clínico (n=36)	Não clínico (n=39)	Total (n=75)	
Saúde subjetiva				<0,001
Excelente	–	5 (12,8%)	5 (6,7%)	
Bom	8 (22,2%)	27 (69,2%)	35 (46,7%)	
Regular	18 (50%)	6 (15,4%)	24 (32,0%)	
Ruim	8 (22,2%)	1 (2,6%)	9 (12,0%)	
Muito ruim	2 (5,6%)	–	2 (2,7%)	
Eventos de vida estressores (últimos seis meses)				0,002
Nenhum	14 (38,9%)	28 (71,8%)	42 (56,0%)	
Morte de alguém importante	4 (11,1%)	5 (12,8%)	9 (12,0%)	
Dificuldade financeira	9 (25,0%)	4 (10,3%)	13 (17,3%)	
Cuidador familiar	2 (5,6%)	2 (5,1%)	4 (5,3%)	
Mais de um evento associado	7 (19,4%)	–	7 (9,3%)	
GDS-15	8,6±2,6	1,5±1,7		
EPD1. Baixa autoestima/ desesperança	28,4±8,9	17,8±3,7	22,9±8,5	<0,001
Categorias				<0,001
Baixo	25 (69,4%)	37 (94,9%)		
Médio baixo	4 (11,1%)	1 (2,6%)		
Médio alto	3 (8,3%)	–		
Alto	4 (11,1%)	1 (2,6%)		
EPD2. Funcionalidade das relações	14,6±4,2	11,2±2,5	12,8±3,9	<0,001
Categorias				0,017
Baixo	25 (69,4%)	37 (94,9%)		
Médio baixo	4 (11,1%)	1 (2,6%)		
Médio alto	3 (8,3%)	–		
Alto	4 (11,1%)	1 (2,6%)		

Nota: GDS-15=Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida; EPD=Escala de Pensamentos Depressivos (Fatores 1 e 2). Valores expressam frequência absoluta e relativa ou média ± desvio padrão.

Sass, Gravena, Pilger, Mathias, & Marcon, 2012), o que poderia relacionar-se à maior procura das mulheres a esses serviços do que os homens. Entretanto, diversas pesquisas de base populacional apontam para a maior prevalência dos quadros depressivos no sexo feminino (Aguilar et al., 2014; Borges et al., 2013; Bretanha et al., 2015; Rombaldi et al., 2010) e levantam maiores riscos de vulnerabilidade nas mulheres, como menores escolaridade e renda, maior exposição a violências, doenças crônicas na velhice, viuvez e isolamento social – fatores relacionadas a maiores frequência e intensidade dos sintomas depressivos nas mulheres.

Quanto à diferença no nível socioeconômico, os estudos apontam para a relação entre depressão e situação econômica (Borges et al., 2013; Bretanha et al., 2015; Fernandes et al., 2010; Rombaldi et al., 2010), enfatizando que os sintomas depressivos podem ser decorrentes de perdas econômicas, como também as perdas econômicas e sociais podem ser efeitos de incapacidades laborais decorrentes dos sintomas depressivos. Desse modo, não é possível estabelecer relações de causa e efeito, a situação pode ser determinante ou efeito nos quadros depressivos.

Observou-se o aumento no número de doenças nos idosos com depressão, o que reafirma a associação entre depressão e comorbidades físicas verificada em diversos estudos (Alvarenga et al., 2012; Bretanha et al., 2015; Fernandes et al., 2010; Fiske et al., 2009; Sass et al., 2012; Verhaak et al., 2014; Wicke et al., 2014). Doenças como hipertensão arterial, diabetes e cardiopatias encontram-se entre as mais referidas neste estudo, o que confirma achados prévios (Fernandes et al., 2010; Sass et al., 2012; Wicke et al., 2014). De acordo com Fernandes et al. (2010), nos idosos pode ocorrer a coexistência de doenças, especialmente as crônicas, com a depressão, como também a presença de depressão pode simular doenças físicas devido aos sintomas somáticos. Nesse sentido, a interação entre depressão e doenças somáticas é complexa.

Reflexo de uma possível associação com doenças crônicas houve no GC, o aumento na quantidade de medicamentos de uso diário, que sugere relação com a sintomatologia depressiva. Tal achado corrobora estudos nacionais precedentes (Fernandes et al., 2010; Gregoleti & Scortegagna, 2015; Lima et al., 2009; Nascimento, Pereira, Firmo, Lima-Costa, Diniz, & Castro-Costa, 2015). Taylor (2014) refere a polifarmácia como um aspecto importante a ser observado na depressão em idosos, devido a efeitos iatrogênicos e influência na eficácia do tratamento psiquiátrico. No que se refere ao sobreconsumo medicamentoso por parte dos idosos, deve-se observar dois aspectos: a necessidade legítima de uso dos medicamentos em virtude das doenças crônicas e o uso de medicamentos desnecessários a sua terapêutica, com contraindicações que envolvem reações iatrogênicas, por

exemplo, a depressão. Nesses casos, os medicamentos utilizados sem a devida prescrição podem representar um apoio buscado pelos idosos para enfrentar situações de perdas e ansiedade (Fernandes et al., 2010; Lima et al., 2009).

Conforme Fiske et al. (2009), os fatores biológicos que se avultam com o envelhecimento normal, como alterações cardiovasculares e neurológicas e as doenças que se associam à idade, são preditores para a vulnerabilidade à depressão. As mudanças neurobiológicas e a presença de doenças físicas são eventos normais no processo de envelhecimento. Entretanto, essas alterações, quando interagem com fatores genéticos, distorções cognitivas e eventos estressantes, potencializam o aparecimento e/ou a manutenção da depressão em idade avançada. Nesse sentido, o estudo de Verhaak et al. (2014) mostrou que a relação entre doenças somáticas e depressão não foi significativa, contudo, quando associadas a comprometimento funcional, as doenças mostram-se fortemente relacionadas ao aumento nos sintomas depressivos.

Com relação à interação entre capacidade funcional e depressão, os resultados indicaram que a proporção de dependência funcional foi maior entre os idosos do grupo clínico. Esse resultado assemelha-se a estudos recentes, que evidenciaram relações significativas entre a dependência nas atividades de vida diária e incapacidade funcional com sintomas depressivos (Aguilar et al., 2014; Boggio et al., 2015; Borges et al., 2013; Bretanha et al., 2015; Lima et al., 2009), pior senso de resiliência e autoestima, associado à sintomatologia depressiva (Fontes et al., 2015), e potencialização na interação com doenças somáticas e depressão (Verhaak et al., 2014). De acordo com Borges et al. (2013) e Lima et al. (2009), à medida que os idosos tornam-se mais dependentes e apresentam mais comprometimentos na realização das atividades de vida diária, a prevalência de sintomas depressivos tende a aumentar. Não obstante, a depressão também pode ser de fator causal, afetando a capacidade funcional e a saúde do idoso de um modo geral.

A associação entre déficits cognitivos e sintomas depressivos reportada na literatura (Borges et al., 2013; Lima et al., 2009; Nascimento et al., 2015) também foi comprovada neste estudo: os prejuízos cognitivos foram maiores nos idosos com depressão. O estudo realizado por Nascimento et al. (2015), de bases populacional e longitudinal, avaliou a taxa de incidência e de preditores clinicamente significativos para a depressão e apontou o comprometimento cognitivo como um dos principais, chamando a atenção para a relação bidirecional entre depressão e quadros demenciais no idoso. Sabe-se que a depressão pode ser ao mesmo tempo um fator de risco de demência ou um sinal precoce de um processo demencial. Sendo comorbidades frequentemente associadas, o diagnóstico diferencial é

muitas vezes um desafio, porém fundamental para o tratamento e auxílio na manutenção da independência e qualidade de vida do idoso (Fiske et al., 2009; Lima et al., 2009; Unützer & Park, 2012)

Junto com as condições clínicas observadas, o aumento na intensidade de dor crônica autorreferida pelos idosos com depressão participantes deste estudo legitima os achados de Borges et al. (2013), em que os sintomas depressivos foram maiores em idosos que relataram sentir dor na maior parte dos dias. Smith et al. (2015) apontam a presença de dor persistente como um fator de risco para a depressão em idosos e, ao mesmo tempo, a percepção da dor em níveis exagerados relaciona-se a aspectos subjacentes na depressão no idoso. Para Taylor (2014), a presença de dor crônica pode ser uma agravante no quadro depressivo em idosos e mostra-se um fator importante a ser avaliado.

Além da percepção de um aumento na intensidade da dor crônica, os idosos com depressão julgaram sua saúde como regular, o que indica uma autopercepção de saúde negativa. A associação entre percepção negativa de saúde e sintomas depressivos foi demonstrada em diversos trabalhos (Aguiar et al., 2014; Borges et al., 2013; Borges & Dalmolin, 2012; Bretanha et al., 2015; Ramos et al., 2015; Wicke et al., 2014). No estudo de Aguiar et al. (2014), autoavaliar a saúde como ruim e considerá-la pior do que a de outros idosos obteve mais associação significativa com sintomas depressivos do que variáveis sociodemográficas como sexo, faixa etária, situação conjugal e escolaridade. Corroborando esses achados, Ramos et al. (2015) revelaram que aspectos relacionados às condições de saúde, como a percepção negativa sobre a própria saúde, são fatores de risco importantes para a depressão e, simultaneamente, os sintomas depressivos podem afetar a autopercepção de saúde do idoso. Para Borges et al. (2013), o próprio relato do idoso de uma percepção de saúde como ruim ou muito ruim já pode ser entendido como sintoma depressivo.

Considerando que a depressão em idosos está associada à interação de diferentes aspectos, os eventos estressantes, que ocorrem com maior frequência em idades avançadas, são fatores importantes a serem ponderados. Taylor (2014) cita a história social com eventos estressores recentes e/ou perdas como contribuinte para a depressão no idoso. Uma nova doença física, mudanças de moradia, dificuldades financeiras, conflitos pessoais, isolamento, doença ou deficiência de familiares e ser cuidador também foram apontados como fatores de risco para a depressão no idoso (Fiske et al., 2009; Smith et al., 2015).

Quanto aos eventos de vida estressores investigados neste estudo, às dificuldades financeiras e à presença de mais de um evento associado, notadamente a ocorrência de morte e problemas econômicos foram mais frequentes nos idosos com depressão, o que

corroborou outros estudos (Borges et al., 2013; Borges & Dalmolin, 2012; Bretanha et al., 2015; Fernandes et al., 2010; Rombaldi et al., 2010). O relato de maiores dificuldades financeiras assemelha-se aos achados de Borges et al. (2013), em que a percepção de situação econômica pior quando comparada com a que tinha aos 50 anos e a desvantagem socioeconômica mostraram-se fatores de risco associados aos sintomas depressivos em idosos. Rombaldi et al. (2010) observaram que o nível econômico precedeu aos sintomas depressivos, indicando que as condições de vida podem ser determinantes para o aparecimento de distúrbios como a depressão.

Além de avaliar condições de saúde e eventos de vida estressores associados à depressão, este estudo acrescenta a avaliação das distorções cognitivas no pensamento presentes na depressão, ainda pouco estudadas pela literatura. Deste modo, os resultados indicaram uma maior distorção negativa do pensamento, evidenciando baixa autoestima e desesperança, bem como uma percepção de suas relações sociais como disfuncionais nos idosos com depressão. Carneiro et al. (2014), em um estudo realizado com adultos pacientes com diagnóstico de depressão, e não pacientes, a correlação entre pensamentos depressivos e sintomas depressivos mostrou associações fortes e positivas, comprovando a interação entre esses dois fatores.

Segundo Fiske et al. (2009), o estilo cognitivo influencia a maneira como o idoso enfrenta a vivência de eventos estressantes. Nesse sentido, sentimentos de baixa autoestima e autocrítica podem levá-lo a ter dificuldade no engajamento social, em participar de atividades físicas e sociais e na adesão a tratamentos médicos (Fiske et al., 2009; Unützer & Park, 2012). A percepção de falta de apoio pode incidir em uma maior percepção de dano e agravamento das doenças crônicas (Wicke et al., 2014) e uma percepção exagerada de dor, medo irreal, preocupações e críticas a si mesmo e quanto a membros da família sugere depressão subjacente (Smith et al., 2015). Diante disso, torna-se fundamental considerar as distorções de pensamento e suas repercussões no comportamento, na tomada de decisão e na associação entre a etiologia e os efeitos dos sintomas depressivos.

Os resultados deste estudo confirmam dados da literatura que apontam para condições de saúde, vivência de eventos de vida estressores e distorções negativas de pensamento como fatores associados à depressão em idosos. Ressaltam a importância de compreender os fatores de risco relacionados à depressão e, deste modo, podem servir de auxílio para aprimorar o atendimento ao idoso nos serviços de saúde mental. Entende-se que este trabalho apresenta contribuições importantes na medida em que uma avaliação mais criteriosa e ampliada, que abarque os possíveis fatores envolvidos na depressão do idoso, resulta em diagnósticos mais

precisos, tratamentos mais eficazes e melhores condutas de orientação a familiares e cuidadores.

Entre as limitações deste estudo cita-se a amostra reduzida e restrita a uma região do País, com diferenças culturais específicas, o que pode dificultar generalizações. Outra limitação refere-se ao estudo ser

transversal e não permitir inferências de causa e efeito na compreensão de fatores determinantes na depressão. Assim, ressalta-se a necessidade de novos estudos que ampliem a compreensão da depressão em idosos em diferentes regiões do País, com amostras maiores e em estudos de acompanhamento.

Referências

- Aguiar, A. M. A., Marques, A. P. O., Silva, E. C., Costa, T. R., Ramos, R. S. P., & Leal, M. C. C. (2014). Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 853-866. doi:10.1590/1809-9823.2014.13198
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(2B), 421-426. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 497-503. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] (2015). *Critério de classificação econômica Brasil*. São Paulo. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
- Boggio, E. S. B., Santos, F. C., Souza, C. M., Silva, M. F., Rosa, P. V., & Rosa, L. H. T. (2015). Análise dos fatores que interferem na capacidade funcional de idosos residentes em uma comunidade de Porto Alegre. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*, 20(1), 189-203. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46966/34929>
- Borges, D. T., & Dalmolin, B. M. (2012). Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Revista brasileira de medicina família e comunidade*, 7(23), 75-82. doi: 10.5712/rbmf7(23)381
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & D'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 701-710. doi:10.1590/S0034-8910.2013047003844
- Bretanha, A. F., Facchini, L. A., Nunes, B. P., Munhoz, T. N., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 1-12. doi: 10.1590/1980-5497201500010001
- Brucki, S. M. D. I., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777-781. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014
- Camarano, A. A. (2008). A demografia e o envelhecimento populacional. Em A. P. A. Borges & A. M. C. Coimbra (Orgs.), *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (pp.110-134). Rio de Janeiro: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos (EPD)*. São Paulo: Hogrefe.
- Carneiro, A. M., Baptista, M. N., & Moreno, R. A. (2014). Depression thoughts scale: Association with depression rating scales. *Journal Depression & Anxiety*, 3(3), 155. doi: 10.4172/2167-1044.1000155
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(1), 19-27. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/343/pdf>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state off patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 18(1), 7-17. doi: 10.1590/1809-9823.2015.13201
- Gregoleti, V., & Scortegagna, S. A. (2015). Perfil sociodemográfico e clínico da população de idosos com transtorno depressivo. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*, 20(1), 271-283. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/49089/34940>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, 12(91), 4-9.
- Lima, L. C. V., & Bueno, C. M. L. (2009). Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2(2), 273-280. Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1173/792>
- Lima, M. T. R., Silva, R. S., & Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a01v58n1.pdf>
- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 103-112. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010

- Nascimento, K. K. F., Pereira, K. S., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., Diniz, B. S., & Castro-Costa, E. (2015). Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambui cohort study of aging. *International Journal Geriatric Psychiatry, 30*, 1171–1176. doi: 10.1002/gps.4271
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1993). *CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, L. V., & Sousa, F. A. E. F. (1998). Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Revista latino-americana de enfermagem, 6*(3), 77-84. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlac/v6n3/13894.pdf>
- Ramos, G. C. F., Carneiro, J. A., Barbosa, A. T. F., Mendonça, J. M., & Caldeira, A. P. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 64*(2), 122-31. doi: 10.1590/0047-2085000000067
- Rombaldi, A. J., Silva, M. C., Gazalle, F. K., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos no sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 13*(4), 620-9. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v13n4/07.pdf>
- Sass, A., Gravena, A. A. F., Pilger, C., Mathias, A. F., & Marcon, S. S. (2012). Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 80-85. doi: 10.1590/S0103-21002012000100014
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology, 5*, 165-173.
- Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late life depression detection: An evidence-based guideline. *Journal Gerontological Nursing, 41*(2), 18-25. doi: 10.3928/00989134-20150115-99.
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 371*, 1228-36. doi: 10.1056/NEJMcp1402180
- Unützer, J., & Park, M. (2012). Older adults with severe, treatment-resistant depression. *The Journal of the American Medical Association, 308*(9), 909-918. doi: 10.1001/2012.jama.10690
- Verhaak, P. F. M., Dekker, J. H., Waal, M. W. M., Marwijk, H. W. J., & Comijs, H.C. (2014). Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal of Affective Disorders, 167*, 187–191. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.057
- Wicke, F. S., Güthlin, C., Mergenthal, K., Gensichen, J., Löffler, C., Bickel, H., et al. (2014). Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Family Practice, 15*(62), 2-11. doi: 10.1186/1471-2296-15-62

recebido em março de 2016
reformulado em julho de 2016
aprovado em agosto de 2016

Sobre as autoras

Claudia Daiane Trentin Lampert é psicóloga, mestra em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo, docente na Escola de Psicologia da Faculdade IMED de Passo Fundo (RS).

Silvana Alba Scortegagna é psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de São Francisco (Itatiba-SP), mestra em Educação pela Universidade de Passo Fundo (RS), docente dos Programas de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano e em Administração da Universidade de Passo Fundo (RS).