

Artigo original

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS DE UMA CIDADE DA REGIÃO CENTRAL DO RIO GRANDE DO SUL

*DEPRESSIVE SYMPTOMS IN COMMUNITY ELDERLY IN A
CITY IN THE CENTRAL REGION OF RIO GRANDE DO SUL*

Débora Pase Ferrari¹, Deise Iop Tavares², Géssica Bordin
Viera Schlemmer³, Alethéia Peters Bajotto⁴

¹Fisioterapeuta pela Universidade Franciscana - RS (UFN).

²Fisioterapeuta. Mestra em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria – RS (UFSM).

³Fisioterapeuta. Doutoranda em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – RS (UFRGS).

⁴Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia da UFN – RS.

Autor para correspondência:

Prof. Dra. Alethéia Peters Bajotto

Universidade Franciscana

Rua Silva Jardim, 1175 Bairro Nossa Senhora do Rosário

Santa Maria, Rio Grande do Sul

CEP: 97010-491

E-mail: alebajotto@ufn.edu.br

RESUMO

Contextualização: É imprescindível reconhecer o envelhecimento populacional no Brasil. Aliado a isso, nota-se a grande incidência de depressão na faixa etária acima dos 60 anos, fato que compromete a funcionalidade e qualidade de vida do idoso. **Objetivo:** Investigar a prevalência de sintomas depressivos em idosos comunitários de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Ainda, foi realizada a correlação dos sintomas depressivos com a idade, sexo, funcionalidade familiar e qualidade de vida. **Método:** Trata-se de um estudo de método misto, quantitativo e qualitativo, do tipo não probabilístico acidental. Utilizou-se como questionários uma ficha sociodemográfica, Escala de Depressão Geriátrica (EDG), APGAR familiar e Qualidade de Vida do Idoso da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD). **Resultados:** Participaram da pesquisa 35 idosos comunitários, 20% do sexo masculino e 80% do sexo feminino, cuja média de idade foi de $70,8 \pm 7,5$ anos. A pesquisa apontou que mais de 50% dos idosos

entrevistados residem com mais de 3 pessoas na casa e 74,3% deles vão caminhando até a UBS, onde o médico é o profissional mais procurado (77%). Não houve uma diferença significativa entre sintomas depressivos na EDG quando comparados os sexos feminino (mediana = 3,5) e masculino (mediana = 3). Não houve correlação significativa entre sintomas depressivos e a idade, EDG e o domínio de intimidade do WHOQOL-OLD e entre EDG e APGAR familiar. **Conclusão:** Conclui-se que as participantes apresenta um baixo índice de sintomas depressivos. Ainda, não apresenta relação com a funcionalidade e qualidade de vida. Estudos como esse devem ser estimulados afim de se conhecer melhor a população idosa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Depressão. Idoso.

► ABSTRACT

Background: It is essential to recognize the aging population in Brazil. Allied to this, there is a high incidence of depression in the age group over 60 years, a fact that compromises the functionality and quality of life of the elderly. **Objective:** To investigate the prevalence of depressive symptoms in community-dwelling elderly in a city in the interior of Rio Grande do Sul. Also, the correlation of depressive symptoms with age, sex, family functionality and quality of life was performed. **Method:** This is a mixed method study, quantitative and qualitative, of the accidental non-probabilistic type. A sociodemographic form, Geriatric Depression Scale (GDS), family APGAR and Quality of Life of the Elderly from the World Health Organization (WHOQOL-OLD) were used as questionnaires. **Results:** Thirty-five community-dwelling elderly people participated in the study, 20% male and 80% female, whose mean age was 70.8 ± 7.5 years. The survey showed that more than 50% of the elderly interviewed live with more than 3 people in the house and 74.3% of them walk to the UBS, where the doctor is the most sought after professional (77%). There was no significant difference between depressive symptoms in the GDS when comparing females (median = 3.5) and males (median = 3). There was no significant correlation between depressive symptoms and age, EDG and the WHOQOL-OLD domain of intimacy and between EDG and family APGAR. **Conclusion:** It is concluded that the participants have a low indication of depressive symptoms. Still, it has no relationship with functionality and quality of life. Studies like this should be encouraged in order to better understand the elderly population.

Key words: Primary Health Care. Depression. Old man.

► INTRODUÇÃO

A população brasileira passa por um rápido processo de envelhecimento, devido ao aumento da longevidade populacional e significativa redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960¹. Devido a todo

esse processo, o número de idosos acima dos 60 anos vem crescendo de forma vertiginosa, sendo que, de acordo com as projeções do IBGE, essa população representará 30% em 2050². Esse fenômeno traz consigo grande impacto social, exigindo mudanças desde o nível das políticas públicas até o do núcleo familiar³.

As alterações na dinâmica populacional são claras, ao comparar 1980 a 2005 (25 anos), o crescimento da população idosa foi de 126,3% ao passo que, a população total foi de 55,3%⁴. Nesse contexto, outro aspecto importante a ser considerado é a mudança no perfil epidemiológico do país, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas e cerebrovasculares em detrimento das doenças infecto-parasitárias. Com isso, são gerados novos desafios para os serviços públicos de saúde, pois se torna fundamental investir em ações de prevenção a doenças ao longo de todo curso de vida, levando melhores condições de saúde aos idosos⁵.

O processo fisiológico do envelhecimento associado a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, acarretam em incapacidade funcional e consideráveis alterações nos hábitos e na qualidade de vida do indivíduo. Muitos idosos não conseguem mais realizar suas tarefas diárias com êxito e acabam se afastando da vida em sociedade. Esse fato pode acarretar em solidão e isolamento, levando a maiores chances de desenvolver um quadro de transtorno depressivo⁶.

A depressão está entre as doenças mais prevalentes em idosos, sendo considerada um fator de risco para um pior prognóstico do paciente e grande impacto negativo para os familiares⁷. Sabe-se que o diagnóstico depressivo costuma ser prejudicado pela frequente presença de comorbidades associadas ao mesmo paciente. Também, devido à falta de atenção à saúde mental no sistema primário é muito comum que as equipes de profissionais encontrem dificuldades para reconhecê-la e diferenciá-la de outro tipo de transtorno⁸.

Visando a relação custo benefício de ações da saúde que promovam maior autonomia e qualidade de vida para população idosa, a fisioterapia através do exercício físico orientado, é uma estratégia tanto na prevenção

quanto para o tratamento de doenças físicas e mentais⁹. Outra maneira de implantar ações de promoção da saúde na atenção primária são os grupos desenvolvidos na comunidade, que possuem o objetivo de incentivar o autocuidado pessoal e a interação social com outros indivíduos locais³.

Indo ao encontro das necessidades em saúde pública, esse estudo investigou a prevalência de sintomas depressivos em idosos comunitários. Ainda, foi realizada a correlação da EDG com a idade, sexo, funcionalidade familiar e qualidade de vida.

► MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de método misto, quantitativo e qualitativo, do tipo não probabilístico acidental. O estudo quantitativo caracteriza-se como transversal, observacional e descritivo. Na pesquisa qualitativa, foi realizada a análise de Conteúdo (AC), enquanto método de organização e análise dos dados. A análise de conteúdo compreendeu técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados.

A população foi constituída de idosos de Santa Maria, Rio Grande do Sul e a amostra correspondeu a idosos moradores dos bairros selecionados. Foram incluídos aqueles que apresentaram 60 anos completos ou mais, de ambos os gêneros, que demonstraram condições de ler e responder de forma autônoma à pergunta e ao questionário apresentado pelas pesquisadoras, sem auxílio de cuidador ou acompanhante.

Foram excluídos idosos não alfabetizados, confusos e/ou desorientados no momento da entrevista, que apresentaram sinais vitais instáveis (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória).

Os participantes residiam no território das seguintes unidades de saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS) Floriano Rocha, Estratégia de Saúde da Família (ESF) Victor Hoffmann e ESF São José. O estudo foi desenvolvido

através de uma entrevista estruturada e questionários auto-aplicados em unidades básicas de saúde ou nas residências dos idosos. Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Santa Maria (NEPES) e pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da instituição (número do parecer 4.252.289).

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2020. Os idosos foram abordados nas dependências das unidades de saúde como a sala de espera. Após, foram convidados a participar da pesquisa, explicando-se o objetivo, riscos e benefícios, assim como os direitos do participante de pesquisa. Quando o idoso aceitava, o mesmo era conduzido a uma sala reservada, com temperatura e iluminação controladas, para proporcionar conforto.

A pesquisadora e o idoso usaram máscara cirúrgica e comunitária, respectivamente, durante toda a entrevista. Todos os procedimentos de biossegurança foram devidamente tomados no sentido de proteger participante e pesquisadora (uso de jaleco, luvas, óculos de proteção e álcool gel).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado para que o participante assinasse e então, foram apresentados os instrumentos de coleta.

Foram utilizados como instrumentos de avaliação um questionário sociodemográfico elaborado pelas pesquisadoras com base no trabalho de dissertação de Vieira (2010)¹⁰, contendo os seguintes dados: nome, idade, data de nascimento, sexo, escolaridade, data da entrevista, entrevistador. E também foram realizadas questões abertas com vistas a compreender o acesso do paciente ao serviço de saúde e possíveis doenças associadas como por exemplo “como o senhor(a) faz para vir até a UBS?”, “O(a) senhor(a) possui alguma doença?”, entre outras.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) também foi utilizada como instrumento para realização da pesquisa. Desenvolvida nos anos 1980 por Sheikh e Yesavage, para ser utilizada como teste de detecção dos sintomas depressivos em pacientes idosos¹¹ e é validada no Brasil^{11,12}. No estudo foi

utilizada a versão adaptada com 15 perguntas negativas/afirmativas, sendo o diagnóstico de sintomas que caracterizam um transtorno depressivo através de uma pontuação: quando o resultado for inferior a 5 pode ser considerado normal, caso se obtenha uma pontuação superior a 5/6 pode indicar sintomas depressivos e um escore superior a 11 sugere uma sintomas depressivos graves¹².

Outro componente dos instrumentos é a escala conhecida como APGAR familiar. Desenvolvida por Gabriel Smilkstein e validada no Brasil¹³, tem como objetivo avaliar a funcionalidade familiar através de cinco domínios diferentes¹⁴. Sendo eles, adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva. Sua pontuação é avaliada em “quase sempre” equivalente a 2 pontos, o “algumas vezes” por 1 ponto e o “quase nunca” por 0 pontos. Resultando em um escore dividido em boa funcionalidade (7 a 10), moderada disfunção familiar (5 e 6) e elevada disfunção familiar (0 a 4)¹⁵.

Além disso, o questionário Qualidade de Vida do Idoso da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD), também foi introduzido na pesquisa. Validado para a população idosa brasileira, é composto por 24 itens divididos em seis tópicos: habilidades sensoriais, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participações sociais, morte e morrer, e intimidade¹⁶. Neste projeto foram comparados apenas o domínio intimidade (WHO_INT) com a EDG. Os escores são calculados por critérios específicos e variam de 0 a 100, onde números mais altos representam melhor qualidade de vida¹⁷.

Os participantes responderam com a menor interferência possível das pesquisadoras, evitando assim um viés de pesquisa. A participação do idoso levou uma média de 10-15 minutos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versão 17.0. A amostra foi avaliada por meio da análise descritiva, utilizando média, desvio padrão, mínimo, máximo que foram demonstrados através de gráficos e tabelas, e, posteriormente, foram empregados o teste de Spearman para as variáveis não-paramétricas

e o teste de Mann Whitney para verificar as comparações. Para definir a força de correlação entre as variáveis adotou-se o Critério de Malina (1996), onde é considerada baixa ($r < 0,30$), moderada ($0,30 < r < 0,60$) e alta ($r > 0,60$)¹⁸. No estudo foi adotado um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de 0,05).

▶ RESULTADOS

A amostra contou com 35 idosos comunitários, onde a idade mínima foi de 60 anos, a idade máxima de 85 anos, a média de idade foi de $70,8 \pm 7,537$ anos de idade. Desta amostra, 80% foi composta por mulheres (28) e 20% composta por homens (7).

Abaixo, encontram-se os resultados referentes às análises dos instrumentos utilizados neste protocolo de pesquisa. Na Tabela 1 encontra-se o Questionário sociodemográfico que possui o objetivo de compreender melhor alguns aspectos sociais e de saúde a respeito da população entrevistada e relacioná-los com os índices de depressão.

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra.

Número de pessoas na casa (%)	
1	11,4
2	34
3	37,1
4	0
5	11,4
6	5,7
Modo de deslocamento até a unidade (%)	
Carro	25,7
A pé	74,3
Doenças associadas (%)	
Hipertensão	54,2

Outros serviços de saúde (%)	
Sim	37,1
Não	62,9
Serviços utilizados (%)	
Médico	77
Geral	17,1
Enfermagem	11,4
Fisioterapia	2,9

Fonte: Dados da pesquisa.

A pesquisa apontou que mais de 50% dos idosos entrevistados residem com mais de 3 pessoas na casa e 74,3% deles vão caminhando até a UBS ou ESF, sendo que a maioria não costuma procurar por outro tipo de serviço de saúde além dos ofertados na Atenção Básica.

A tabela 2 apresenta os dados relacionados a EDG, APGAR e WHOQOL-OLD. Percebe-se que a amostra não apresenta indicativos de sintomas depressivos, com boa funcionalidade familiar e boa qualidade de vida tanto total como no domínio intimidade.

Tabela 2. Dados referentes a escala de depressão geriátrica, funcionalidade familiar e qualidade de vida.

	Média
EDG	3,83±0,370
APGAR	8,09±0,379
WHOQOL-OLD	
Total	92,03±1,64
Intimidade	14,94±0,66

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3: Correlação entre a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o sexo, idade, qualidade de vida e funcionalidade familiar.

	N	r	p
EDG X SEXO	35	r=0,184	p=0,732
EDG X IDADE	35	r =0,022	p=0,901
EDG X WHOQOL_INT	35	r =- 0,266	p=0,122
EDG X APGAR	35	r=0,008	p=0,966

N: número da amostra; r: relação entre as variáveis; p: nível de significância.

Fonte: Dados da pesquisa.

A EDG não apresentou uma diferença significativa quando comparados o sexo feminino e masculino. Além disso, não apresentou correlação com o sexo, idade, qualidade de vida no domínio intimidade e funcionalidade familiar.

► DISCUSSÃO

O Brasil e o mundo vêm experimentando uma transição na estrutura etária em direção ao envelhecimento populacional, fato que provoca mudanças nas relações de dependência econômica do ciclo de vida. O setor de saúde também tende a sentir os efeitos do envelhecimento de forma mais rápida, necessitando suprir a nova demanda de idosos encontrada¹. Segundo Cruz *et al.*(2020) a depressão pode ser conhecida como a doença do século, precisando de mais atenção durante o percurso assistencial, principalmente com idosos que tendem a se isolar da vida em sociedade e se tornam mais propensos a desenvolver essa doença¹⁹. Assim, é de grande importância que o assunto seja estudado e discutido com frequência, para investigar cada vez mais modelos de atenção que busquem o atendimento integral no processo de envelhecimento.

Este estudo apresentou uma amostra probabilística acidental, ou seja, foram convidados a participar, todos os idosos presentes no momento da coleta de dados nas unidades de saúde da cidade de Santa Maria. Desta forma, a amostra apresentou-se predominantemente feminina, o que interfere na normalidade dos dados da análise estatística, representando um viés da pesquisa. A importante predominância de mulheres evidencia o crescente fenômeno da feminilização da população idosa. Essa tendência ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, que afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e que prevalece na população brasileira, resultando em maior sobrevivência das mulheres²⁰.

Outra questão importante a ser destacada neste estudo, é a alta incidência de hipertensão nos idosos comunitários, afetando mais de 50% da amostra, segundo o questionário sociodemográfico. Pacientes com hipertensão geralmente apresentam sintomas físicos, efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva, qualidade inferior de vida, possíveis complicações da hipertensão que os tornam vulneráveis ao sofrimento psicológico, especialmente a depressão²¹. Um estudo avaliou através da análise de exames de sangue e sinais vitais que para hipertensos, em particular, a depressão é um fator de risco para mortalidade e compromete o bem-estar do indivíduo²².

As análises da correlação do sexo e dos resultados da escala de depressão geriátrica apontam que não existe uma diferença significativa entre EDG quando compara-se os sexos feminino e masculino. Porém, na grande maioria dos relatórios epidemiológicos pesquisados, as mulheres apresentam uma taxa mais elevada de depressão quando comparadas a homens, com em média uma proporção de 2:1. No entanto, essa proporção pode variar substancialmente entre nações, não sendo um valor universal^{23, 24}. Dado o fato de que o n amostral contou com uma participação expressiva de idosas do sexo feminino e trata-se de uma amostra pequena quando comparada ao fenômeno do envelhecimento, visto que devido a Pandemia em que vivemos os idosos não estão indo com frequência até as Unidades de Saúde. Assim, os resultados obtidos por este estudo não são capazes de reproduzir o envelhecimento populacional vivenciado em nossa sociedade.

Sabe-se que os sintomas depressivos podem afetar a população de qualquer faixa etária, porém se tem forte prevalência da doença na população geriátrica²⁵. Um estudo coreano contando com mais de 6.000 idosos, constatou que as chances de depressão eram maiores no grupo de 75 a 79 anos em análise multivariável²⁶. A chance de depressão na faixa etária de 85 anos ou mais não difere daquela da faixa etária de 65 a 69 anos. Aliado a isso, a pobreza, viver sozinho, baixa escolaridade e tabagismo foram associados a um maior risco de depressão. No questionário sociodemográfico apresentando nesta pesquisa, nenhum dos 35 idosos entrevistados residia sozinho, sendo que mais de 50% deles convive dentro de sua residência com mais de 3 pessoas, fato que pode estar associado com a baixa média apresentada pela EDG (3,82 pontos).

Com o processo de envelhecimento, a qualidade de vida da população idosa pode diminuir significativamente. Aliado a isso, o número de distúrbios psicológicos em idosos aumenta de forma gradativa com o passar dos anos, podendo trazer prejuízos a sua funcionalidade²⁰. Um estudo de 2019 constatou que idosos fisicamente inativos apresentam escores de qualidade de vida menores do que aqueles ativos, apresentando também uma relação estatisticamente significativa com ansiedade e depressão²⁷. O conceito de qualidade de vida pode ser entendido como um conjunto harmonioso de satisfações que os indivíduos obtêm em seu dia a dia²⁸. O domínio Intimidade avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais, satisfação com a convivência e as relações íntimas com os seus companheiros e aqueles que os cercam, como família e amigos²⁹. A análise deste estudo, muito embora não seja significativa do ponto de vista estatístico, aponta que existe uma relação negativa entre as variáveis EDG e qualidade de vida, ou seja, quanto maior o escore de sintomas depressivos geriátricos, menor a qualidade de vida relacionada ao domínio intimidade.

A família é uma forma de grupo organizacional, intermédio entre a sociedade e o indivíduo. O bom ou mau funcionamento familiar influencia as interações entre os seus elementos e, desse modo, o estado de saúde ou doença pode ser alterado³⁰. Para o idoso, a família é apontada como principal responsável pelo atendimento de suas demandas sociais e de

saúde, podendo estar relacionada ou ser origem da disfunção orgânica, psicológica e/ou psicossocial que o indivíduo apresenta³¹. Assim, entende-se por funcionalidade familiar o relacionamento harmônico e o equilíbrio entre as relações dos membros de uma família, ou seja, o modo como seus integrantes agem entre si e com os outros³². Para avaliar a funcionalidade familiar, Smilkstein desenvolveu o instrumento APGAR de Família, cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: *adaptation* (adaptação), *partnership* (companheirismo), *growth* (desenvolvimento), *affection* (afetividade) e *resolve* (capacidade resolutiva)¹⁵. Neste estudo a funcionalidade familiar não demonstrou relação estatisticamente significativa com a incidência de sintomas depressivos nos idosos. Porém, em outro estudo, com n de 374 idosos, que associou os escores de funcionalidade familiar aos idosos com e sem depressão, constatou-se que a presença de disfuncionalidade familiar foi significativamente maior nos casos de idosos com depressão³¹.

► CONCLUSÃO

Conclui-se que as participantes não apresentaram indicativos de sintomas depressivos bem como apresentaram uma boa funcionalidade familiar e qualidade de vida. Ainda, não houve correlação da escala de depressão geriátrica com a idade, sexo, funcionalidade familiar e qualidade de vida no domínio intimidade.

Este estudo apresentou como limitações a realização durante a pandemia de COVID-19 o que gerou dificuldades para realização das coletas de dados, resultando em uma amostra populacional baixa. Ainda, se pode destacar a heterogeneidade da amostra.

Estudos com uma amostra maior e com uma representatividade de sexo mais homogênea devem ser considerados para rastreamento de sintomas depressivos nessa população, que cresce de forma contundente no Brasil e no mundo.

► REFERÊNCIAS

- 1 Carneiro LA, Campino ACC, Leite F, Rodrigues CG, dos Santos GMM, Silva ARA. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. IEES [online]. 2013. [citado 01/10/2020]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/envelhecimento-populacional-e-os-desafios-para-o>.
- 2 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050. Rio de Janeiro. Revisão 2008. [citado 01/10/2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=284787>.
- 3 Hidalgo JLT, The DEP-Exercise Group. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1):21.
- 4 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011. [citado 01/10/2020]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>.
- 5 Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016; 19(3):507-519.
- 6 Oliveira JMB, Vera I, Lucchese R, Silva GC, Tomé EM, Elias RA. Envelhecimento, saúde mental e suicídio: Revisão integrativa. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018; 21(4):488-498.
- 7 Silva MRF. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. *Serv. Soc. Soc.* 2016; 126:215-234.
- 8 Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, de Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Arch. Clin. Psychiatry.* 2012; 39(6):194-197.
- 9 Sá PHVO, Cury GC, Ribeiro LCC. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. *Trab. educ. saúde* 2016; 14(2):545-558.
- 10 Vieira EW. IEIRA, E. W. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

- 11 Sousa RL, Medeiros JGM, de Moura ACL, de Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J. bras. psiquiatr.* 2007; 56(2):102-107.
- 12 Pinho MX, Custódio O, Makdisse M, Carvalho ACC. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 94(5):570-579.
- 13 Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- 14 Matos MMS. Apgar da Família de Idoso em Hemodiálise. [Monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2018.
- 15 Smilkstein G, Asworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Practic.* 1982; 15(2):303-11.
- 16 Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5):785-791.
- 17 Tavares DMS, Matias TGC, Ferreira PCS, Pegorari MS, Nascimento JS, de Paiva MM. Qualidade de vida e autoestima em idosos da comunidade. *Ciênc. saúde colet.* 2016; 21(11):3557-3564.
- 18 Malina, R. Tracking of physical activity and physical fitness across the life span. *Res Q Exerc Sport.* 1996; 67(3):S48-57.
- 19 Cruz PKR, Vieira MA, Carneiro JÁ, da Costa FM, Caldeira AP. Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2020; 23(6):e.190113.
- 20 OMS, Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015. [citado 15/10/2020]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
- 21 Kretchy IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Int J Ment Health Syst.* 2014; 8:25.

- 22 Song X, Zhang Z, Zhang R, Wang M, Lin D, Li T, Shao J, Ma X. Predictive markers of depression in hypertension. *Medicine* 2018; 97(32):11768.
- 23 Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017; 143(8):783-822.
- 24 Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9:90.
- 25 Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 13(16):230.
- 26 Park JH, Kim KW, Kim MH, Kim MD, Kim BJ, Kim SK, et al. A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *J Affect Disord.* 2012; 138(1):34–40.
- 27 Oliveira LDSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychotherapy* 2019; 41(1):36-42.
- 28 Felce D, Perry J. Qualidade de vida: sua definição e medição. *Res Dev Disabil.* 2015;16:51-74.
- 29 Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2019; 22(4):161-178.
- 30 Moreira LT, Rollo AC, Torre R, Cruz MA. Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. *Rev Port Med Geral Fam* 2018; 34(4):229-236.
- 21 Souza RA, da Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. São Paulo: *Rev. esc. enferm. USP* 2014; 48(3):469-476.
- 32 Andrade AI, Martins RML. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* 2011; 40(1):185-99.