

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da qualidade de vida e a presença de depressão em idosos adscritos a uma unidade de saúde de um município do Sul de Santa Catarina.

Evaluation of quality of life and the presence of depression in elderly adscrited a health unit in a municipality in the south of Santa Catarina.

Álvaro Ivanio Dias Dos Santos*, Luiza Nunes Zanatta**, Lisiane Tuon***

*Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC, Brasil alvaro_ids@hotmail.com

**Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC, Brasil luizazntt@gmail.com

***Professora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Tutora no Programa de Residência Multiprofissional. Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma-SC, Brasil ltb@unesb.net

Resumo

Introdução: No envelhecimento ocorre maior predisposição ao surgimento de doenças relacionadas à saúde mental dos idosos, que afeta o estado de saúde e sua qualidade de vida. A qualidade de vida leva em consideração os aspectos físicos, psicológicos e sociais. A depressão é uma doença psiquiátrica recorrente e incapacitante. *Objetivo:* Avaliar a qualidade de vida e a presença de depressão em idosos adscritos em uma unidade de saúde de um município do Sul de Santa Catarina. *Métodos:* O estudo é caracterizado como quantitativo observacional, composto por 167 idosos, de ambos os sexos, com a idade igual ou superior a 60 anos. Instrumentos de pesquisa: Mini Exame do Estado Mental; Questionário de Qualidade de Vida; Escala de Depressão Geriátrica. *Resultados:* A população feminina foi de 65,9%, e masculina 34,1%. A média de idade foi de 68,19 anos. A capacidade cognitiva não demonstrou diferença significativa entre os sexos. A presença de depressão severa no sexo feminino foi de 8,2%, enquanto no sexo masculino foi de 3,5%. A qualidade de vida apresentou resultados elevados. *Conclusão:* Os níveis de declínio cognitivo e de presença de depressão foram baixos. A população dessa amostra está envelhecendo com uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida; depressão; idosos

Abstract

Introduction: The ageing causes a propensity to the arise of diseases related to the mental health of the elderly, which affects their health condition and their life quality. Life quality takes into consideration the physical, psychological and social aspects. Depression is a psychiatric disease very ordinary and incapacitating. *Goal:* To evaluate life quality and the presence of depression in a determined health unit from a county in southern Santa Catarina. *Methods:* The study is characterized as quantitative and observational. *Research instruments:* Mini Mental State Examination and a Life quality Quiz; Scale of Geriatric Depression. *Results:* The female population was 65,9% and the male one 34,1%. The age average was 68,19 year-old. The cognitive ability didn't show a meaningful difference between both genders. The presence of severe depression when it comes to women was 8,2% and among men 3,5%. Life quality presented elevated results. *Conclusion:* The levels of cognitive decline and the presence of depression were low. The population studied in this research is growing old with a good life quality.

Key-words: life quality; depression; elderly

Introdução

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial crescente, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a população mundial de idoso com idade, igual ou superior a 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. Sendo que em 2020 teremos pela primeira vez na história o número de pessoas idosas maiores que o de crianças até cinco anos. No Brasil essa população já representa 12% devendo somar, até 2025, 31,8 milhões, tornando o Brasil a sexta maior população de idosos no mundo [1]. A população idosa tem se tornado cada vez mais representativa no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% dos idosos) [2,3].

A evolução da mortalidade no Brasil projetada para o ano de 2016 forneceu uma expectativa de vida de 75,8 anos para o total da população, um acréscimo de 3 meses e 11 dias em relação ao valor estimado para o ano de 2015 (75,5 anos). Para a população de homens o aumento foi de 3 meses e 18 dias passando de 71,9 anos para 72,2 anos, em 2016. Já para a população de mulheres o ganho foi um pouco menor, em 2015 a expectativa de vida ao nascer era de 79,1 anos se elevando para 79,4 anos em 2016 (3 meses e 7 dias maior). As maiores expectativas de vida ao nascer em ambos os sexos pertenceram ao Estado de Santa Catarina (7.001.161 habitantes), estimando 75,8 anos para os homens e 82,4 anos para as mulheres, uma diferença de 6,6 anos em favor das mulheres [2,3].

No envelhecimento ocorre o declínio da capacidade funcional e maior predisposição ao surgimento de doenças relacionadas à saúde mental dos idosos, que afetam diretamente seu estado de saúde e sua qualidade de vida [4]. Na senescência, ocorre uma diminuição gradual na qualidade de vida, que pode ser compreendida como um conjunto harmonioso de satisfações que o indivíduo obtém no seu cotidiano, levando em consideração os aspectos físicos, psicológicos e sociais [5].

Os transtornos depressivos são comuns e com alta relevância clínica em idosos [6]. A depressão é um importante agravamento à saúde do idoso, uma doença psiquiátrica recorrente e incapacitante, caracterizada pela perda de prazer ou interesse em atividades do cotidiano e humor deprimido [7,8]. A depressão é um problema de saúde pública, que tem sido considerada uma das principais causas de incapacitação no mundo e que pode ocasionar limitação do funcionamento físico, pessoal e social [9].

Distúrbios depressivos, isolados ou em combinação com outras condições, são os transtornos mais prevalentes em idosos, havendo uma necessidade de investigações mais abrangentes dos estados depressivos nessa população [7,8]. A presença de sintomas depressivos afeta diretamente todas as dimensões da QV e, conforme a gravidade desses sintomas, o impacto na qualidade de vida pode ser maior comparado a indivíduos com doenças crônicas [10]. A OMS estima que até 2030 a depressão possa ser a doença mais comum no mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde [11].

O entendimento do estado de saúde mental dos idosos e seus fatores associados podem contribuir com subsídios para o planejamento e para as políticas de atenção que visem o envelhecimento saudável [12]. Embora as pessoas estejam vivendo mais, não necessariamente estão mais saudáveis. Evidencia-se a necessidade da elaboração de estratégias de saúde pública com intuito de conhecer melhor os aspectos que caracterizam essa população, definindo suas necessidades e potencialidades, para que possam subsidiar a elaboração de programas de intervenção para os vários níveis de atenção, contribuindo com a promoção da saúde e garantia da qualidade de vida desses

idosos. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e a presença de depressão em idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde do Sul Catarinense.

Material e métodos

O presente estudo é caracterizado como quantitativo observacional com corte transversal, de base domiciliar e com a utilização de dados primários e objetivos. A amostra é constituída por um total de 167 idosos, de ambos os sexos, com a idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados em uma unidade de saúde do Sul Catarinense, representando 7% do total de 2.500 habitantes nesta comunidade. Os idosos voluntários após serem apresentados ao estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando aplicação dos questionários. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense CEP 2.563.845.

Definidos como critério de exclusão indivíduos que apresentaram incapacidade para responder os questionários, hospitalizados e não encontrados em seu domicílio em até 3 tentativas de contato. A execução da coleta de dados iniciou com aplicação da Ficha de Caracterização contendo os dados pessoais e sócio-demográficos do voluntário.

Na sequência foi realizada a avaliação da capacidade cognitiva dos idosos através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) com objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo e local, registro de 3 palavras, atenção e cálculo, lembrança das 3 palavras, linguagem, e capacidade construtiva visual. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. Contudo, devido à influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, é proposto a nota de corte adaptado para a escolaridade de cada participante.

Foram aplicados dois instrumentos de pesquisa, o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-OLD) que consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: funcionamento do sensorio (FS), autonomia (AUT), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), participação social (PSO), morte e morrer (MEM) e intimidade (INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas, podendo as respostas variarem de 4 a 20. Resultados em % de 0 a 100, quanto maior a porcentagem melhor a qualidade de vida; E a Escala de Depressão (Abreviada geriatric Depression Scale - GDS) com o objetivo de identificar a presença de depressão em idosos. Composta por 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Resultados com uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem e as quantitativas por meio de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição normal e mediana e amplitude interquartil quando não seguiram esse tipo de distribuição. A análise estatística foi realizada através da aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson, U de Mann-Whitney, Exato de Fischer e Razão de verossimilhança com um nível de significância $\alpha = 0,05$, sendo realizada a análise de resíduos quando observada significância estatística.

Resultados

A amostra final foi composta por 172 idosos, sendo excluídos do estudo 5 idosos, por apresentarem doença grave e/ou hospitalizados no momento de pesquisa, impossibilitando assim a aplicação dos questionários. Restando 167 idosos, destes 65,9% (n= 110) do sexo feminino, e 34,1% (n= 57) do sexo masculino. A média de

idade entre os idosos foi de 68,19 anos. Quanto ao estado civil, o predomínio foi de idosos casados, sendo 56,9% casados e 24% viúvos.

A renda familiar foi classificada de acordo com a quantidade de salários mínimos recebidos, de acordo com a pesquisa 59,3% (n= 99) dos idosos apresentaram renda de até 2 salários mínimos, e 25,7% (n= 43) com renda de 2 até 3 salários mínimos, sendo apenas 1,2% (n= 2) dos idosos com renda acima de 4 salários mínimos.

Os resultados obtidos na escolaridade demonstraram que 70% (n= 117) dos idosos possuem ensino fundamental completo ou incompleto, e 17,4% (n= 29) dessa amostra são analfabetos, sendo apenas 3,6% (n= 6) com escolaridade de nível superior. Os dados sócio-demográficos estão descritos na tabela I.

Tabela I. Caracterização sócio-demográfica

| Variáveis | | n (%) n = 167 |
|-----------------------|------------------------------------|---------------|
| Sexo | Feminino | 110 (65,9) |
| | Masculino | 57 (34,1) |
| Idade (anos)* | | 68,19 ± 7,12 |
| Estado Civil | Casado | 95 (56,9) |
| | Viúvo | 40 (24,0) |
| | Divorciado | 22 (13,2) |
| | Solteiro | 10 (6,0) |
| Escolaridade | Analfabeto | 29 (17,4) |
| | Fundamental completo ou incompleto | 117 (70,0) |
| | Médio completo ou incompleto | 15 (9,0) |
| | Superior Completo ou incompleto | 6 (3,6) |
| Renda Familiar | < 1 salário mínimo | 20 (12,0) |
| | 1-2 salários mínimos | 99 (59,3) |
| | 2-3 salários mínimos | 43 (25,7) |
| | 3-4 salários mínimos | 3 (1,8) |
| | 4-5 salários mínimos | 1 (0,6) |
| | > 6 salários mínimos | 1 (0,6) |
| Ocupação | Serviços gerais | 69 (41,3) |
| | Indústria | 43 (25,7) |
| | Do lar | 26 (15,6) |
| | Agricultura/Pecuária | 13 (7,8) |
| | Comércio | 10 (6,9) |
| | Profissão com nível superior | 6 (3,6) |

Fonte: Dados de pesquisa, 2018

*Valores expressos em média e desvio padrão

Os dados de capacidade cognitiva descritos na tabela II, não demonstraram diferença significativa entre os sexos, de um total de 110 idosas pelo menos 15 apresentaram déficit na capacidade cognitiva, e no sexo masculino, de um total de 57 idosos, 10 destes apresentaram indicação de declínio cognitivo.

Tabela II. Avaliação de capacidade cognitiva

| Escala de avaliação de capacidade cognitiva | Sexo, n (%) | | Valor - p [†] |
|---|---------------------|---------------------|------------------------|
| | Feminino n = 110 | Masculino n = 57 | |
| Cognitivo normal | 95 (86,4) | 47 (82,5) | 0,502 |
| Cognitivo baixo | 15 (13,6) | 10 (17,5) | |

Fonte: Dados de pesquisa, 2018

[†]Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Person

Através da investigação da condição de saúde dos idosos, foi possível observar que 76,6% (n= 128) da amostra possuem problemas cardiovasculares e 52,1% (n= 87) apresentam patologias musculoesqueléticas, e apenas 12,6% (n= 21) da amostra não possuem condição clínica.

Os resultados mostram que grande parte dos idosos convivem com os filhos, cerca de 43,7% (n= 73) do total, e somente 4,8% (n= 8) destes possuem cuidador. Quando abordados sobre hábitos de tabagismo, somente 16,8% (n= 28) relataram uso de tabaco. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, pelo menos 6,6% (n= 11) apresentaram frequência semanal de consumo. Os dados estão descritos na tabela III.

Tabela III. Condição de saúde dos idosos

| Variáveis | n (%) n = 167 |
|---------------------------------|---------------|
| Convivência* | |
| Filhos | 73 (43,7) |
| Companheiro | 67 (40,1) |
| Sozinho | 24 (14,4) |
| Cuidador | 8 (4,8) |
| Doenças associadas** | |
| Respiratória | 24 (25,1) |
| Neurológica | 36 (21,6) |
| Cardíaca | 128 (76,6) |
| Músculo-esquelético | 87 (52,1) |
| Neoplasias | 8 (4,8) |
| Incontinência Urinária | 52 (31,1) |
| Nenhuma | 21 (12,6) |
| Tabagista atual | 28 (16,8) |
| Ex-tabagista | 42 (25,1) |
| Etilismo | 11 (6,6) |
| Uso de medicação | 137 (82,0) |
| Internação no último ano | 27(16,2) |

Fonte: Dados de pesquisa, 2018

*Valores expressos em mediana e amplitude interquartil

**Os entrevistados podiam ter mais que uma resposta

Através da escala geriátrica de depressão, foi possível classificar a presença de depressão nos idosos, no sexo feminino e masculino, respectivamente 62,7% (n= 69) e 73,7% (n= 42) não apresentaram a presença de depressão. No entanto, o sexo feminino apresentou 8,2% (n= 9) de depressão severa, enquanto o sexo masculino apresentou 3,5% (n= 2) com presença de depressão severa. A classificação de depressão da amostra está descrito na tabela IV.

Tabela IV. Escala de Depressão Geriátrica.

| Classificação | Sexo, n (%) | | Valor-p [†] |
|---------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| | Feminino n = 110 | Masculino n = 57 | |
| Normal | 69 (62,7) | 42 (73,7) | 0,270 |
| Leve | 32 (29,1) | 13 (22,8) | |
| Severa | 9 (8,2) | 2 (3,5) | |

Fonte: Dados de pesquisa, 2018

[†]Valor obtido após aplicação do teste de Razão de Verossimilhança.

Os resultados encontrados na avaliação da qualidade de vida dos idosos apresentaram valores elevados na faceta INT que avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas com 82,90% e na faceta MEM que se relacionam a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer com resultado de 77,18%.

As facetas que apresentaram menores resultados foram de FS com 70,63% que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida, já na faceta de PPF que descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, apresentou como média de 74,43% entre os idosos. Os dados estão descritos na tabela V.

Tabela V. Escala de Qualidade de Vida

| Facetas | Sexo | | Valor-p* | Média ± DP |
|---------|-------------|-------------|----------|-------------|
| | Feminino | Masculino | | |
| FS | 69,00±23,54 | 73,77±19,58 | 0,302 | 70,63±22,32 |
| AUT | 76,14±14,70 | 76,49±14,79 | 0,891 | 76,26±14,69 |
| PPF | 74,73±14,44 | 73,86±13,09 | 0,583 | 74,43±13,96 |
| PSO | 76,36±14,90 | 75,61±14,42 | 0,821 | 76,11±14,70 |
| MEM | 75,59±23,87 | 80,26±21,43 | 0,189 | 77,18±23,10 |
| INT | 82,45±13,33 | 83,77±14,40 | 0,653 | 82,90±14,99 |

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

*Foi usado o teste U de Mann-Whitney.

Discussão

A amostra do estudo apresentou maior percentual na população de idosas, devido a maior sobrevivência do gênero feminino, quando comparado ao masculino, em virtude das mulheres se cuidarem mais e facilmente se adaptarem ao desempenho de novas funções, embora a velhice feminina esteja associada a uma maior prevalência de doenças crônicas [13, 14].

A educação exerce importante influência no acesso e utilização de serviços de saúde. Além de forte associação com a renda, pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento [15]. Baixos níveis de escolaridade e de renda são características dessa geração de idosos brasileiros, que tinham acesso restrito à educação, e consequentemente poucas oportunidades de trabalho [16]. Destaca-se que o nível de escolaridade caracteriza-se como fator de proteção para perdas cognitivas. A escolarização leva o indivíduo a sobrepor-se ao conhecimento básico, em busca da diversificação de atividades e intelectualização, o que melhora seu desempenho em testes de habilidades cognitivas durante a velhice [17].

Fatores como baixo rendimento salarial e morar sozinho desempenham importante papel, uma vez que as condições de vida desses idosos são determinadas por variáveis como estado civil, situação de saúde, dependência financeira, relações familiares e apoio social [18]. Afetando negativamente seus aspectos de saúde, por torná-los mais vulneráveis a condições de doença, por associar-se a precárias condições de vida, ausência de saneamento básico, dificuldade de acesso a serviços de atenção à saúde, bens de consumo, alimentação saudável e moradia adequada, o que gera maior desigualdade social e redução da qualidade de vida [19, 20].

Quanto às condições de saúde, capacidades visuais e auditivas são aspectos primordiais de funcionamento entre os idosos. Por isso, o aumento dessas deficiências tende a comprometer a realização de atividades de vida diária por gerar maior dependência. Problemas de visão e audição constituem fatores de risco para quedas, sintomas depressivos, e menor qualidade de vida relacionada à saúde [21]. Indivíduos com condições crônicas são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos e menos capazes de controlar diversos aspectos de suas vidas, o que reflete diretamente na percepção subjetiva, na avaliação das situações e no enfrentamento de fatores estressantes [22].

A depressão nos idosos é causada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os sintomas depressivos nessa população são mais comuns em mulheres de idades mais avançadas. Frequentemente associado em indivíduos que vivem sob adversidades psicossociais como, por exemplo, rompimento com a família, perda de contatos sociais, história anterior de quadros depressivos, eventos de vida estressante, viuvez, ter baixa renda e pouco suporte social [23, 24].

O bom funcionamento cognitivo é vital para que o idoso consiga viver de maneira independente e com qualidade de vida. O prejuízo cognitivo representa uma característica da depressão e indivíduos deprimidos tendem ao pior funcionamento psicossocial. Questões relacionadas à saúde, problemas financeiros, medo de morrer e de abandono podem gerar angústia, ansiedade e preocupação no idoso, podendo agravar os sintomas depressivos. A literatura mostra que, o envolvimento do idoso em atividades de estimulação cognitiva e um estilo de vida mais ativo, através da participação social na comunidade têm um efeito positivo na cognição e na possibilidade de prevenir declínios cognitivos e depressão [25].

A qualidade de vida está associada a características individuais e da comunidade em que a pessoa vive. Assim, deve-se considerar que os indicadores socioeconômicos são variáveis importantes, porque refletem condições que influenciam os comportamentos de saúde, o autocuidado e o estado de saúde do indivíduo [26]. Grande parte da população idosa no Brasil teve a infância marcada por condições socioeconômicas e de saúde precárias [27]. Atualmente as cidades são urbanizadas, e através de políticas públicas como o Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece programas de atenção à saúde do idoso, ações e serviços que inclui a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial, hospitalar e vigilância em saúde, que contribuem para melhores condições de saúde, estilo de vida, proporcionando uma boa qualidade de vida.

Conclusão

O presente estudo mostrou que apesar da quantidade elevada de idosos com doenças cardiovasculares crônicas, e com uso de medicamentos de forma contínua, os níveis de declínio cognitivo e de presença de depressão foram baixos. Entende-se que a população dessa amostra está envelhecendo com uma boa qualidade de vida. Evidencia-se que o prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se tenha uma boa qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, programas de políticas públicas como o SUS, fornecem aos idosos, atenção multidisciplinar, proporcionando uma melhor qualidade de vida a essa população.

Referências

1. Organização Mundial Da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. United States of America, 2015; 1-30. Disponível em: sitio web da OMS (www.who.int).
2. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2016. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro 2017.
3. PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060; Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

4. Matias AGC, Fonsêca MA, Gomes MLF, Matos MAA. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. *Einstein*. 2016; 14(1): 6-11.
5. Buss LH, Rossi AG, Buss CH, Oliveira RC. Performance in the auditory abilities of selective attention and hearing memory in a group of elderly with hearing aids: influence of hearing loss, age and gender. *Rev CEFAC*. 2013; 15(5): 1065-1072.
6. Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a Saúde. *Ciênc Méd*, 2012; 11(3).
7. Martínez CM, Carrascón L, O'Brien JT, Díaz GMJ, Bermúdez AC, Sanada K. Peripheral inflammatory parameters in late-life depression: a systematic review. *Int J Mol Sci*. 2016; 17(12):1-13.
8. Rodrigues GHP, Gebara OCE, Gerbi CCS, Pierri H, Wajngarten M. Depression as a clinical determinant of dependence and low quality of life in elderly patients with cardiovascular disease. *Arq Bras Cardiol*. 2015; 104(6):443-9.
9. Ho RT, Cheung JK, Chan WC, Cheung IK, Lam LC. Arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia. *Bmc Geriatr*, 2015; 5(1): 127-133.
10. Lima AFBS, Fleck MPA. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009, 31(3):1-12.)
11. Semedo DC, Ventura J, Ferraz SP, Silva MRS, Pelzer MT. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. *Rev Enf*. 2016, v. 12, n. 12, p.101-113.
12. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência&Saúde Col*, 2016; 21(11): 3575-3584.
13. Poubel PB, Lemos ELC, Araújo FC, Leite GG, Freitas IS, Silva RMA, et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. *J. Health BiolSci*. 2017; 5(1):71-78 .
14. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB, Nickel R. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1015-1021.
15. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2017;51:50.
16. Navarro JHN, Andrade FP, Paiva TS, Silva DO, Gessinger CF, Bós AJG. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, 20(2):461-470.
17. Nascimento RASA, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *J Bras Psiquiatr*; 2015, 64(3):187-92.
18. Deepthi R, Arvind K, Rekha S. Dual Sensory Impairment among Community Dwelling Rural Elderly: concern for rehabilitation. *J Geriatr*, v 2014, Article ID 254518, 7p.
19. Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de Saúde do Idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. *Rev Pesq Saúde*, 2015, 16(2): 95-101.
20. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. *Rev Bras Enf*, 2016, 69(5):825-32.

21. Cavalcante DPM, Silva LJ, Matos N, Borges I, Araújo DP, Pinheiro HA. Perfil e ambiente de idosos vítimas de quedas atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal. *Rev Kairós Gerontol*; 2015, 18(1):93- 107.
22. Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol Estud*. 2005;10(3):403-12.
23. Alexopoulos GS. Depression in elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
24. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-21.
25. Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, Alves LCS, Inouye K, Martins AC. Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(4):683-694.
26. Bell ML, Zanobetti A, Dominici F. Evidence on vulnerability and susceptibility to health risks associated with short-term exposure to particulate matter: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2013, 178(6):865-76.
27. Gomes MMF, Turra CM, Fígoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Passado e presente: condições de vida na infância e mortalidade de idosos. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:93.