

ESTADO COGNITIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS DOMICILIADOS

Cleane Rosa Ribeiro da Silva (1); Rayane de Almeida Farias (2); Felicia de Augusta Lima Vila Nova (3); Licia Marianne Pessoa Farias (4); Maria de Lourdes de Farias Pontes(5)

Universidade Federal da Paraíba – cleane_rosas@hotmail.com

2- Universidade Federal da Paraíba – farias.almeidarayane@gmail.com

3- Universidade Federal da Paraíba – felicia_augusta@hotmail.com

4- Universidade Federal de Campina Grande – marianne.pessoa@hotmail

5- Universidade Federal da Paraíba – profa.lourdespontes@gmail.com

Resumo do artigo: O presente estudo objetivou investigar o estado cognitivo e sintomas de depressão em idosos domiciliados. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, transversal, com amostra de 171 idosos, residentes em domicílios e cadastrados em Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, mediante entrevista subsidiada por um roteiro estruturado, para a obtenção dos dados pessoais e sociodemográficos, Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o Mini Exame do Estado Mental. Os dados foram analisados através de análise descritiva, com auxílio do software SPSS versão 22.0. No perfil sociodemográfico observou-se predomínio de idosos do sexo feminino (69%), faixa etária 65-69 anos (24,6%), casados (52,5%), morando com cônjuge e filhos (31,6%), analfabetos (33,3%), renda mensal familiar de 1 a 3 salários mínimos (50,9%). Ao avaliar o declínio cognitivo prevaleceram os idosos sem déficit (77,8%). No tocante aos sintomas de depressão, 72,51 % não possuem sintomatologia depressiva. O declínio cognitivo e os sintomas de depressão representam determinantes de saúde importante, que necessita de constante avaliação e monitoramento, com vista na prevenção de agravos e na produção de subsídios que fundamente a atenção a saúde do idoso.

Palavras-chave: Idoso, Cognição, Depressão.

Introdução

O processo de envelhecimento é natural, global, complexo, dinâmico e progressivo, diferenciado por aspectos culturais, sociais e econômicos que, associados à dimensão individual, conferem o caráter diferencial do envelhecimento de cada pessoa¹⁻⁴.

Dentre as muitas mudanças fisiológicas do envelhecimento, encontra-se o declínio cognitivo, esse déficit que acompanha boa parte dos idosos, tem início e progressões variadas e são influenciadas por diversos fatores, e se caracteriza por alterações graduais de percepção, linguagem, habilidades motoras e funções executivas, sendo a perda da memória a mais significativa entre os idosos em geral, e de grande relevância, pois compromete pequenas tarefas da vida diária dessa população³.

O termo cognição pode ser usado para definir a função intelectual de um indivíduo em suas várias dimensões: memória, atenção, julgamento, orientação, desempenho e gnosis (capacidade de distinção entre objetos e seres)³.

O declínio que acompanha o idoso tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de vários fatores, dentre eles: educacionais, da saúde, personalidade, bem como, pelos níveis intelectuais e das capacidades mentais específicas de cada pessoa⁵.

Sendo a manutenção do estado cognitivo, um importante determinante do bem-estar e longevidade dos idosos, pois esse declínio muitas vezes está relacionado a perda da autonomia, desconforto pessoal, aumento dos custos, além de estar associado ao surgimento de outras patologias⁶.

O déficit cognitivo e as variações de humor, como os sintomas de depressão são mais frequentes em idosos⁷. A depressão é uma síndrome psiquiátrica cujas características principais são perda de interesse e prazer em atividades e humor deprimido⁸. Sintomas depressivos e déficit cognitivo estão entre os principais problemas de saúde mental na velhice⁹. Desta forma, a presença dessas duas condições, pode resultar em consequências graves, como piora da qualidade de vida, declínio funcional, maior procura por serviços de saúde e aumento da morbi-mortalidade em idosos⁷, além de contribuir para maior vulnerabilidade à fragilidade na velhice¹⁰.

Nesta perspectiva, a realização deste estudo está justificada pelo reconhecimento de que os declínios cognitivos e os sintomas de depressão representam um determinante de saúde importante, que necessita de constante avaliação e monitoramento, pois interfere no bem-estar, e qualidade de vida dos idosos domiciliados, podendo ocasionar outros problemas de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou investigar o estado cognitivo e sintomas de depressão em idosos domiciliados.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, do tipo transversal, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário V no município de João Pessoa-PB. A população foi composta por 2.654 idosos domiciliados de ambo os sexos, cadastrados em 18 USFs do Distrito Sanitário V, com condições auditivas preservadas. O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base uma margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$) com grau de confiabilidade de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$) e considerando a proporção do evento na população investigada ($p=7\%$), totalizando 171 participantes.

A coleta de dados ocorreu no domicílio do idoso, após contato prévio com a USF, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016. A entrevista foi subsidiada por roteiro estruturado

contendo questões referente ao perfil sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para investigação dos sintomas de depressão e para avaliação cognitiva utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental.

A Escala de Depressão Geriátrica –EDG, que possui duas versões uma longa e outra curta com 30 e 15 questões respectivamente. Ambas são validadas e utilizadas internacionalmente na avaliação geriátrica global ¹¹. A EGD tem 15 itens (EGD-15) e é uma versão reduzida da escala original, e feita a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. A EGD-15 já foi traduzida e validada no Brasil em 1999, é formada por 15 itens e composta por respostas dicotômicas (sim ou não). Sua pontuação varia de 0 a 15 pontos e contempla os seguintes pontos de corte: inferior ou igual a 5 pontos, significa indivíduo normal ou sem sintomas depressivos; acima de 5 pontos, indivíduos com sintomas depressivos¹².

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), foi traduzido e validado no Brasil em 1994, aplicado com o objetivo de avaliar a função cognitiva, e é o teste mais empregado para avaliação de mudanças no estado cognitivo e no auxílio de possíveis diagnósticos de demência. Trata-se de um teste de rápido e de fácil aplicação e sua avaliação se dá por meio de perguntas em relação a sete categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: a orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, cálculo, atenção, linguagem, memória de evocação, e capacidade construtiva visual. As pontuações variam de zero a trinta pontos e quanto maior o valor, melhor o desempenho do avaliado. É importante salientar que o desempenho desse teste é influenciado pela escolaridade, e por isso usa-se notas de corte diferenciadas conforme o nível educacional ¹³.

Para a organização das informações coletadas, os dados foram organizados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2010 com dupla digitação, no sentido de promover a eliminação de erros e garantir a confiabilidade na compilação dos dados. Posteriormente os dados foram importados e analisados no *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20 através de análise descritiva.

A pesquisa foi norteada pela Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde ¹⁴ que seguindo com rigor todas as suas recomendações que dizem respeito à normatização da pesquisa em seres humanos: informações sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Para tanto, será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos participantes

da pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (CEP/CCS/UFPB) com parecer nº 064757/2015 e CAAE 46889415.9.0000.5188.

Resultados e Discussão

Nos aspectos sociodemográficos da amostra estudada, observou-se predominância de idosos na faixa etária de 65 a 69 anos (24,6%), do sexo feminino (69%), analfabetos (33,3%), casados (52,5%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (50,9%). Em relação ao arranjo domiciliar, o estudo evidencia que 31,6% dos idosos moram com o cônjuge e filhos.

Com o crescente aumento da população idosa, há também o elevado desenvolvimento de doenças crônico- degenerativas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, incapacidade cognitiva, depressão e quedas, sendo consideradas como as principais causas de mortalidade nos idosos¹⁵.

Com o crescimento do número de idosos e uma maior expectativa de vida, a saúde pública do Brasil tem encontrado como um dos seus maiores desafios, promover a qualidade de vida aos indivíduos em processo de envelhecimento¹⁶.

Entre a população estudada, a maior prevalência de indivíduos é a do sexo feminino (69%), mostrando ser condizente com a tendência nacional, que demonstra uma feminização da população idosa¹. Esse fato deve-se também a maior expectativa de vida para mulheres no Brasil, que contribui para esta realidade. Em 2010, outra pesquisa do IBGE mostra que a expectativa de vida para homens é 69,7 anos, enquanto que para mulheres é de 77,3 anos.

Também é possível observar que trata-se de uma população com baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar, resultados esperados diante da realidade socioeconômica local e mais uma vez congruentes com a realidade brasileira.

Ainda com relação ao perfil educacional, estudos de revelam em seu levantamento que 41,9% das mulheres idosas são analfabetas e somente 13,8% concluíram o ensino médio¹⁷. Outros achados de observaram que a maioria dos idosos possuem escolaridade de três a quatro anos completos¹⁸.

Em alguns estudos foram observados associações significativas entre as variáveis sociodemográficas: baixa escolaridade e baixa renda com sintomas depressivos. Indicando que essas desigualdades sociais podem contribuir para o aparecimento da depressão, pois maiores níveis

educacionais e condições financeiras possibilitam aos indivíduos a ampliação de recursos para o enfrentamento às situações estressantes da vida^{19,20}.

A baixa escolaridade também está associada com a capacidade do idoso desenvolver déficits cognitivos, estudo demonstra que a população que possui apenas um ano de estudo, tem três vezes mais chances de desenvolver declínio cognitivo, do que os que tem de um a quatro anos de estudo²¹. Uma maior escolaridade pode ser considerada um fator de proteção em relação às perdas cognitivas. Além disso, o aumento da escolaridade estaria relacionado à maior resistência e flexibilidade ao cérebro contra patologias e alterações neuronais próprias do envelhecimento²².

No tocante a idade, a maior parte da amostra é constituída por idosos jovens 60 a 69 anos, representando 42,7%. O Resultado do Censo em 2010, demonstrou que a composição dessa população no estado da Paraíba é semelhante a do estudo, onde 51,5% dos idosos estão na faixa etária entre 60- 69 anos¹. O processo de envelhecimento no Brasil é recente quando comparado com o de países desenvolvidos, cuja população de idosos é predominante na faixa dos 80 anos²³.

Considerando o arranjo domiciliar, a maior proporção de idosos residem com familiares, residir acompanhado é algo comum entre os idosos brasileiros. Pode-se considerar como uma relação de interdependência, tanto do idoso para com sua família quanto da família para com o idoso, onde financeiramente muitos dependem do idoso e este, por sua vez, necessita de auxílio nas atividades de vida diária²⁴.

Ao analisar a Tab.1, observou-se a distribuição dos idosos com e sem déficit cognitivo, a partir da classificação obtida pelo MEEN, onde a maior parte da população estudada não apresentaram nenhum déficit cognitivo, correspondendo a 77,8 % da amostra, enquanto a parcela de idosos que possuem déficit cognitivo corresponde 22,2% da amostra.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo estado cognitivo, conforme classificação MEEM. João Pessoa/PB, 2015.

	N	%
Estado Cognitivo		
Com déficit cognitivo	38	22,2
Sem déficit cognitivo	133	77,8

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

O estado cognitivo do idoso trata-se de uma função complexa e compreende grande variabilidade intra e interindividual de fatores. A cognição está relacionada a alguns fatores, como: fatores genéticos, estilo de vida, nível de instrução e características de vida dos idosos. As perdas

cognitivas não advêm somente dos processos puramente biológicos, marcados pelas degradações progressivas do envelhecimento. Essas alterações geram dependência também com as possibilidades de convívio social, e com as oportunidades que o idoso teve ao longo de sua vida³.

O déficit cognitivo nos idosos também afeta sua qualidade de vida por conduzir a perda de sua autonomia e independência e pode ser medido através de instrumentos de rastreio como o MEEM, que é de fácil aplicação e foi o instrumento utilizado para avaliar a presença de déficit cognitivo nesse estudo²⁵.

A parcela de idosos que participaram do estudo e que possuem declínio cognitivo é de 22,2 %. E em relação aos domínios mais afetados estão: a capacidade construtiva visual, atenção e cálculo, evocação de palavras e memória imediata. A linguagem representa o domínio no qual os idosos menos apresentam danos cognitivos.

A Mediante a análise da Tab. 2, evidencia-se a distribuição das funções cognitivas, onde se destaca a função linguagem e capacidade construtiva visual, pois das funções representadas na tabela, o domínio linguagem é o mais preservado, e em contrapartida o domínio capacidade construtiva visual, é o mais prejudicado entre os idosos, representando o domínio onde essa população mais dispõe de danos cognitivos. Os domínios memória imediata, atenção e cálculo e evocação de palavras, também é mostrado como as funções cognitivas mais afetadas entre os idosos.

Tabela 2 – Distribuição das funções cognitivas do MEEM. João Pessoa/PB, 2015.

Funções Cognitivas do MEEM	Média	Desvio Padrão
Orientação Temporal	3,96	1,98
Orientação Espacial	4,72	1,27
Memória imediata	1,90	1,43
Atenção e Cálculo	1,71	2,51
Evocação de palavras	1,90	1,43
Linguagem	6,73	2,23
Capacidade construtiva visual	0,28	0,53
Total	22,15	4,94

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

Na aplicação do MEEM, foi perceptível a dificuldade dos idosos na transcrição do desenho geométrico, onde a maioria referiu dificuldade para realizar a cópia do desenho; corroborando com outro estudo o qual diz que essas alterações nas habilidades visuoespaciais é esperado e

observa-se que ocorre principalmente em idosos a partir de 70 anos, neles, há uma crescente dificuldade na organização visuoperceptiva, que é uma tendência a simplificar desenhos livres e menos precisão na cópia de desenhos geométricos²⁶.

Outra função cognitiva significativa, na qual mostrou se originar danos cognitivos nos idosos estudados, e que merece destaque é o domínio de atenção e cálculo. Trata-se da capacidade de concentrar-se na tarefa em questão, de prestar atenção a mais de uma fonte de informação e processá-la, e lembrar-se de itens apesar de estímulos distrativos. E sua alta incidência está justificada, pelo declínio neural geral, que as pessoas mais velhas sofrem, gerando uma perda na capacidade de prestar atenção simultaneamente em várias coisas²⁷.

Relacionado ao domínio da linguagem, é demonstrado que com o envelhecimento existe a tendência a preservar o vocabulário e o processamento da capacidade de organização sintática da frase. Porém, são comuns trocas de palavras no discurso, e podem ocorrer com pouca frequência dificuldades na narração ou mesmo omissão de situações sem, no entanto, causar prejuízos na comunicação cotidiana²⁶. Nesse contexto, pode-se justificar o fato desse domínio ter sido o menos afetado entre os idosos, pois por mais que possa existir danos nessa função, ela não é muito visualizada no dia- a -dia e pode não ter sido percebida na aplicação do MEEM.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo a presença de sintomas de depressão. João Pessoa/PB, 2015.

	N	%
Sintomas de depressão		
Com sintomas de depressão	47	27,79
Sem sintomas de depressão	124	72,21

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

O envelhecimento populacional é acompanhado pelo aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis na população de modo geral, incluindo os transtornos mentais, principalmente os demenciais e os depressivos. A depressão é uma das doenças de maior prevalência entre os idosos, com grande impacto na vida do sujeito acometido, sendo uma das causas mais frequentes de diminuição na qualidade de vida nesta faixa etária²⁸.

A depressão engloba uma variedade de distúrbios psicopatológicos que diferem consideravelmente quanto à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico, sendo frequentemente confundida com estresse ou tristeza, mas essa síndrome é muito mais intensa e causa uma profunda impotência funcional perante a vida. Nos idosos, pode ser desencadeada por vários fatores e associados a múltiplas causas, sendo de alta frequência nessa população, e com o aumento da

longevidade no país, a tendência é que o número de casos de depressão aumentem consideravelmente²⁹.

A prevalência de sintomatologia depressiva de 27,79% encontrada no presente estudo (Tab. 3), foram congruentes com estudos similares, como uma revisão sistemática, onde houve uma prevalência de 26% em sintomas de depressão em idosos residentes em comunidades do Brasil³⁰. E com outro estudo realizado com idosos de uma comunidade no Nordeste do Brasil, que encontrou 25,5%³¹.

Uma hipótese que pode explicar esse resultado, diz respeito ao contexto de baixa escolaridade e renda dessa população, pois nessa situação, os sintomas depressivos podem resultar na incapacidade do indivíduo lidar com esses fatores externos, como os rendimentos e recursos sociais, afetando a capacidade do idoso de se adaptar aos níveis de tensão vividas no seu cotidiano. Esses fatores, ainda pode dificultar o acesso aos métodos terapêuticos, comprometendo o diagnóstico, tratamento e consequentemente a qualidade de vida dessa população³¹.

Conclusão

O processo de envelhecimento é inerente ao ser humano, porém, o seu ritmo e impacto sobre a qualidade de vida do idoso pode sofrer influencia de multifatores, dentre eles: econômicos, genéticos, demográficos, comportamentais e socioculturais. O comprometimento cognitivo e os transtornos de humor, como a depressão, quando presentes, acarretam um progressivo aumento do comprometimento físico e mental e são fatores que normalmente levam os idosos à complicações como a hospitalização, dependência e até ao óbito, ou seja, levando à piora do quadro geral de saúde de tais indivíduos.

Diante do exposto, os profissionais de saúde devem estar conscientes da existência dessa relação de risco entre essas duas síndromes, e com isso, gerar novas abordagens de cuidado, pois quando o paciente idoso apresentar sintomatologia depressiva é imprescindível ser acompanhado para a detecção precoce dos sinais de declínios cognitivos e vice-versa. Através dessas mudanças, as estratégias de cuidado ao idoso não vão se nortear apenas no aspecto curativo, mas também no preventivo, esses avanços no cuidado irão ajudar a promover um envelhecer saudável com mais qualidade de vida a essa população.

Referências

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010 [Internet]. São Paulo: IBGE, 2011 [Acesso 10 jun 2017]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/po_pulacao/censo2010/tabelas_pdf
- 2- World Health Organization. World health statistics annual – 2014; Geneva.
- 3- Brito Tábatta Renata Pereira de, Pavarini Sofia Cristina Iost. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Oct 15]; 20(4): 677-684. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400007&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400007>.
- 4- Papaleo Neto, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 105-19.
- 5- Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. Rev. bras. fisioter. [Internet]. 2006 [cited 2017 Sep 10]; 10(1): 91-96. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100012&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000100012>.
- 6- Casamasso Machado da Costa Habib A L, Pereira Caldas C, O trabalho de consciência corporal humanizado em idosos com transtorno cognitivo. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 10] 11(1):105-116. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838777011>.
- 7- De Paula AFM, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. Rev Bras Clin Med [Internet] 2013 [cited 2017 Sep 10] 11(3):212-8.
- 8- Batistoni, S.S.T Depressão. In: Neri AL, editor. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alinea; 2008.
- 9- Andaki Nunes W, Dias F A, Santos Nascimento J, Gomes N C, dos Santos Tavares D M, Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 15] 17(1):103-11. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160014>.
- 10- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. J Gerontol Ser A Med Sci [Internet] 2007 [cited 2017 Sep 15] 62(7):731-7.

- 11- Vargas H.O. Tradução para o idioma português “Geriatric Depression scale” e sua validação em pacientes de ambulatório geral do hospital universitário Regional do norte do Paraná. 2003 . 136f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003. 136f.
- 12- Almeida Osvaldo P., Almeida Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 1999 [cited 2017 Set 16]; 57(2B): 421-426. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
- 13- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano YO. Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq neuropsiquiatr. [Internet] 1994 [cited Nov 2015] ; 52(1) Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1994000100001&script=sci_abstract&tlng=pt
- 14- Comissão Nacional de Ética e pesquisa – CONEP. RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: 2012.
- 15- Borges Marina Garcia de Souza, Rocha Liliane Ribeiro da, Couto Erica de Araújo Brandão, Mancini Patrícia Cotta. Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosas institucionalizadas e não-institucionalizadas. Rev. CEFAC [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 16] ; 15(5): 1073-1079. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000500003>
- 16- Mello BLD, Haddad MCL, Dellazora MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. Acta Scientiarum [Internet] 2012 [cited 2017 Oct 06] 34(1): 95-102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci>.
- 17- Parahyba Maria Isabel, Veras Renato, Melzer David. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2017 Oct 06] ; 39(3): 383-391. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300008>.
- 18- Fiedler Mariarosa Mendes, Peres Karen Glazer. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Feb [cited 2017 Oct 16] ; 24(2): 409-415. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200020>.

- 19- Batistoni Samila Sathler Tavares, Neri Anita Liberalesso, Cupertino Ana Paula Fabrino Bretas. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. Rev. Saúde Pública [Internet]. Dec [cited 2017 Oct 06] ; 44(6): 1137-1143. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000600020>.
- 20- Gazalle Fernando Kratz, Lima Maurício Silva de, Tavares Beatriz Frank, Hallal Pedro Curi. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2017 Oct 16] ; 38(3): 365-371. Disponível :
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300005&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300005>.
- 21- Machado Juliana Costa, Ribeiro Rita de Cássia Lanes, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Leal Paulo Fernando da Glória. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 06] ; 14(1): 109-121. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100012>.
- 22- Coelho Flávia Gomes de Melo, Vital Thays Martins, Novais Iane de Paiva, Costa Geni de Araújo, Stella Florindo, Santos-Galduroz Ruth Ferreira. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 06] ; 15(1): 7-15. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100002&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100002>.
- 23- Sousa A I, Silver L D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]2008 12706-716. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715323015>.
- 24- Dias L D, Brito G G, Forte FDS, Kalina Araújo MB, Lucena EMF. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa – PB. Rev Bras Promoç Saúde [Interne] 2012 [cited 2017 Oct 06] ; [25(1): 86-96. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2215/2436>
- 25- Holz Adriana Winter, Nunes Bruno Pereira, Thumé Elaine, Lange Celmira, Facchini Luiz Augusto. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 06] ; 16(4): 880-888.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400880&lng=en)

[790X2013000400880&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400008.](http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400008)

26- Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

27- Stuart-Hamilton, I. A psicologia do envelhecimento: uma introdução. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 280p.

28- Santos Ariene Angelini dos, Mansano-Schlosser Thalyta Cristina dos Santos, Ceolim Maria Filomena, Pavarini Sofia Cristina Iost. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 June [cited 2017 Oct 16]; 66(3): 351-357. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300008&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300008&lng=en) [http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300008.](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300008)

29- Santos Kleyton T., Fernandes Marcos H., Reis Luciana A., Coqueiro Raildo S., Rocha Saulo V.. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 16]; 16(4): 295-300. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000400005&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000400005&lng=en) Epub July 03, 2012. [http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000030.](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000030)

30- Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 16]; 22:712-26.

31- Maciel Álvaro Campos Cavalcanti, Guerra Ricardo Oliveira. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 06]; 55(1): 26-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100004&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100004&lng=en) [http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004.](http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004)