

## CONDIÇÕES ASSOCIADAS À DEPRESSÃO EM IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UBSF DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Josiane Costa e Silva<sup>1</sup>  
Maria Zélia Araújo<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007).

Os idosos que tem a oportunidade de conviver com seus familiares e são tratados com dignidade e respeito, geralmente estão em locais onde gostam e valorizam essa relação, tanto na alegria como na tristeza, mas infelizmente não é a realidade de todos, muitos são discriminados por seus entes queridos, vivem em asilos ou simplesmente vivem no esquecimento (RENTE; OLIVEIRA, 2002).

Enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas, do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho, bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002).

---

<sup>1</sup>Josiane Costa e Silva. Enfermeira. Mestre em Recursos Naturais pela Universidade Federal de Campina Grande. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande-UNESC. E-mail: [Josiane\\_gcs@hotmail.com](mailto:Josiane_gcs@hotmail.com).

<sup>2</sup>Maria Zélia Araújo, Socióloga. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande-UNESC. E-mail: [zelinha\\_araujo@hotmail.com](mailto:zelinha_araujo@hotmail.com).

Em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (STELLA *et al.*, 2002).

Nos idosos, é comum ainda que a depressão esteja associada a algum problema físico, doença ou incapacitação, o que torna difícil o seu diagnóstico. Isso faz com que alguns médicos afirmem que a depressão é menos comum na terceira idade (LOBO, 2011).

A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica (BRASIL, 2007).

O entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão, é um grande desafio para os profissionais da Atenção Básica. O diagnóstico e o tratamento adequado, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros (BRASIL, 2007).

Diante das informações adquiridas surgiu o interesse em pesquisar sobre a incidência de idosos com sintomatologia para depressão em idosos, a fim de adquirir maiores informações sobre o tema e pesquisar o motivo do aumento dessa patologia nos idosos. Este estudo observou os fatores que possam contribuir para o aparecimento de depressão em idosos cadastrados em uma UBSF no município de Campina Grande – PB.

## **MÉTODO**

Esta pesquisa foi de caráter descritivo, e bibliográfico com abordagem quantitativa, visto que se foi utilizado instrumento de medidas válido e teve como fonte de informação um formulário semiestruturado para utilização individual.

A população para a pesquisa foi composta por 150 idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Malvinas IV no município de Campina Grande – PB, e a amostra foi 10% desta população, ou seja, 15 idosos, que foram selecionados de forma aleatória, por livre demanda do serviço.

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família Malvinas IV no município de Campina Grande – PB. No período de setembro a outubro de 2011. Foram incluídos na pesquisa os idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Malvinas IV no município de Campina Grande – PB, que aceitaram participar da pesquisa, após

assinatura do TCLE. Foram excluídos aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

A identificação dos usuários foi a partir dos prontuários arquivados na UBSF. O formulário foi composto de perguntas objetivas e subjetivas para utilização individual.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UEPB, os dados foram colhidos no período compreendido de setembro a outubro do ano de 2011, em horários de acordo com o funcionamento da UBSF, com aplicação dos formulários individualmente e de forma reservada.

No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativo à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução N° 196, de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba segundo a CAAE 0455.0.133.000-11 e foi executada após sua aprovação. O objetivo deste estudo foi apresentado a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB, com a finalidade de obter consentimento por escrito para liberar os dados dos prontuários e foi respeitado e preservado o sigilo da identificação dos referidos prontuários que fizeram parte da amostra da pesquisa.

## **DESENVOLVIMENTO**

Existem vários critérios para a demarcação do que venha a ser um “idoso”. O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994). O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) endossa essa definição. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos (CAMARANO; MEDEIROS, 1999).

Conhecida como o mal da alma, a depressão é também uma das principais causas de transtornos mentais entre os idosos. A depressão é uma doença clínica como outra qualquer e é caracterizada por um estado de sofrimento psíquico que pode causar desordens no comportamento de uma pessoa, afetando de modo negativo sua qualidade de vida. Ela pode aparecer em qualquer momento da vida e durar de seis meses a dois anos, ou mais, dependendo do caso. A depressão pode ser classificada em duas vertentes a depressão maior que acomete os jovens e adultos e a depressão de início tardio que acomete pessoas com idade após os 50 anos (ZIMERMAN, 2000).

A depressão rompe a qualidade de vida, aumenta o risco de suicídio e se autopropaga. Ela também pode ser o sinal inicial de uma doença crônica ou resultado de doença física (SMELTZER; BARE, 2005).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (STELLA et al., 2002).

Essa depressão pode ser causada por diversos fatores como origem vascular, transtornos familiares, sedentarismo, mudança de hábitos alimentares e físicos junto às mudanças na aparência corporal entre outros podem ser prováveis causas dessa psicopatologia (SMELTZER; BARE, 2005).

Um dos critérios para se diagnosticar a depressão em idosos, são os mesmos para os adultos, devendo estar presentes cinco dos principais sintomas, praticamente todos os dias num período mínimo de duas semanas, representando mudança em relação ao estado anterior, são eles: humor depressivo na maior parte do dia, diminuição ou desprazer por atividades, perda ou ganho de pesos significativos, insônia ou aumento do sono, fadiga, agitação ou retardo motor, sentimento de menos-valia ou culpa excessiva inapropriada, diminuição da capacidade de concentração ou decisão e pensamentos de morte (PACHECO, 2002).

A associação de depressão e doenças físicas é muito frequente, gerando implicações sobre os diagnósticos, tratamento e prognóstico. Muitos medicamentos e substâncias podem causar sintomas depressivos. A depressão no idoso também pode estar ligada com doenças vasculares não apresentando sintomas em comum, mas sabe-se que há um aumento de risco da incidência de depressão em pacientes com doenças do coração, o que levará o profissional de enfermagem a ter uma maior atenção a clientes com históricos dessa doença em seu ambiente de trabalho (ZIMERMAN, 2000).

Uma das principais causas da depressão do idoso são os transtornos familiares que muitas vezes não dispõem de um espaço importante no seio familiar para esse idoso ou um espaço geográfico, pois quando não é alocado numa dependência isolada da casa ou numa cadeira bem no cantinho da sala, é levado para algum local "de repouso", como asilos, longe dos olhos dos familiares. Não podemos deixar de mencionar alguns casos de agressão ou dificuldade econômica na qual muito idoso tem que sustentar a família e seus medicamentos

com sua aposentadoria, causando um constante estresse podendo resultar em uma depressão. Caberá então ao profissional de saúde, em evidência o enfermeiro, identificar tais transtornos como a agressão e fazer o acompanhamento do idoso ou dependendo da gravidade um encaminhamento para um profissional específico (NERI; FREIRE, 2000).

Normalmente a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas.

Moraes et al. (2007) ainda acrescenta que a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demanda, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança.

Do ponto de vista mental, a atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a autoestima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao analisar os dados de identificação relacionado a idade com intervalo de cinco anos pode-se constatar que a grande maioria da população pesquisada é na faixa etária de 66 a 70 anos com 40% (n=5) dos idosos, as demais variáveis apresentam-se em 26,60% (n=4) dos idosos com idades entre 65 e 70 anos, 6,67% (n=1) dos idosos com idade entre 71 a 75 anos, 13,33% (n=2) dos idosos com idades entre 76 a 80 anos e 20% (n=3) dos idosos com idades acima de 81 anos. Assim, esses dados nos levam a crer que os idosos são frequentes na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) independente de sua faixa etária.

Segundo o estudo desenvolvido por Gazelle et al. (2002), sobre os principais fatores de risco para a depressão, observou-se que a faixa etária é o principal fator onde quanto mais velho o indivíduo fica, maior, suas chances de desenvolver a depressão.

Apesar de não poder mensurar a variação relacionada ao gênero devido à amostra ter sido de apenas 15 idosos correspondendo a 10% da população total, na amostra colhida constatou-se uma maior incidência do gênero feminino com 66,67% (n=10) no período da coleta de dados e masculino com 33,33% (n=5). Essa hipótese levantada pode ser confirmado ao se relacionar com dados do Ministério da Saúde que afirma que os homens são mais

resistentes aos cuidados com sua saúde tornando pertinente citar a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem que apesar de ter como público-alvo homens com idade entre 21 e 59 anos, uma reflexão futura pode e vai refletir na incidência desses futuros idosos na UBSF, pressupondo que esses sejam educados em saúde os habituando a frequentar mais a atenção básica (BRASIL, 2008).

Quanto ao estado civil contamos que a maioria da amostra é casada representando 46,67% (n=7) da amostra, 20% (n=3) são solteiras, 20% (n=3) são viúvas e 13,33% (n=2) são separadas. Já na escolaridade observou-se que a maioria dos entrevistados refere não ter concluído o ensino fundamental representando 59,99% (n=9) da amostra, constatou-se também que apenas 6,67% (n=1) concluíram o ensino fundamental, 6,67 (n=1) concluiu o ensino médio, 20% (n=3) não concluíram o ensino médio e apenas 6,67 (n=1) cursou e concluiu o ensino superior.

Segundo o estudo realizado por Gazelle et al. (2002) sobre os fatores de risco para a depressão, confirma a maior parte dos dados socioeconômicos observados nesta pesquisa onde no estudo dele a maior parte da amostra é do sexo feminino, de baixa escolaridade, não pratica atividade remunerada. O que também é confirmado pela literatura por Reys et al. (2006) que além dessas variáveis ele ainda acrescenta como fator de risco para a depressão morte familiar.

Sobre dados relacionados a ocupação constatou-se que a maioria da amostra é aposentada com 66,67% (n=10) e que 26,66% (n=4) ainda exercem alguma função remunerada e apenas 6,67% (n=1) não exercem nenhuma função remunerada e também não é aposentado.

Ao se questionar o motivo da procura pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) constatou-se que a maioria representando 59,99% (n=9) dos idosos procuraram a referida unidade devido problemas de Hipertensão Arterial, outros 20% (n=3) referiram ter ido a UBSF devido a realização e solicitação de exames de rotina, 6,67% (n=1) procurou a mesma devido ao tratamento do diabetes, 6,67% (n=1) por fazer acompanhamento do tratamento da hanseníase nessa unidade e 6,67% (n=1) por referir dores nos membros superiores. Essa informação vem concluir que os idosos procuram a UBSF na maioria das vezes apenas por problemas e acompanhamento de doenças crônicas, muitas vezes estas escondem a verdadeira sintomatologia do idoso. Pois, dificilmente o idoso se reconhece depressivo, devido o próprio processo de envelhecimento muitas vezes o deixar menos ativo, com menos apetite, etc.

Nos serviços fornecidos pela UBSF procurou-se saber quais os serviços procurados pela amostra e a quanto tempo frequentam aquela unidade, constatou-se que a maioria procura devido ao programa HIPERDIA correspondendo a 66,67% (n=10) dos idosos, 26,66% (n=4) procuraram devido a atendimentos clínicos e 6,67% (n=1) referiu ter ido ao posto devido ao Programa do Bolsa família. Mais uma vez os resultados mostram que o idoso é orientado muitas vezes apenas a participar de serviços como o HIPERDIA, e aqueles que tomam alguma medicação psicotrópica, realiza muitas vezes consulta médica. Os idosos não estão inseridos em grupos de socialização, talvez o serviço que frequente não ofereça nenhum grupo.

Duarte e Rego (2007) acrescentam que, em estudo sobre doenças que podem influenciar o desenvolvimento da depressão, realizado em um ambulatório geriátrico na Turquia 42, a depressão esteve presente em 21,8% dos idosos avaliados (n = 1.255). Entre as nove patologias crônicas investigadas, três estiveram associadas com depressão: hipertensão arterial, demência e osteoporose.

De acordo com os dados relacionados ao cotidiano, perguntou-se com quem a amostra residia constatando-se que a maior parte mora com o companheiro (a) e filhos representando 46, 66% (n=7), 26, 67% (n=4) mora só com os filhos, 20% (n=3) moram só e apenas 6, 67% (n=1) mora só com o companheiro (a).

Questionou-se também sobre o relacionamento desses idosos com a família onde pôde-se constatar que a maior parte refere ter um bom relacionamento representando 93,33% (n=14) e apenas 6,67% (n=1) afirmou não se relacionar com a família.

Segundo Ramos (2002), em seu estudo sobre apoio social e saúde entre idosos, constatou-se que, na presença de suporte sociais, é esperado que os idosos se sintam amados e seguros o suficiente para lidarem com os problemas de saúde e de terem uma alta autoestima, tendo a família como grande influenciador desse suporte.

Ainda foi questionado aos idosos se havia algum momento em suas vidas em que se sentiam tristes, a maior parte dos entrevistados respondeu que sim correspondendo a 73,33% (N=11) e os que responderam não somam 26,67% (N=4).

Posteriormente, questionou-se se existia alguma lembrança que os deixavam tristes e se existia: quais. Essa pergunta obteve 100% de afirmação sim, onde as lembranças mais citadas foram o óbito de alguém da família correspondendo 86,66% (n=13), saudades dos filhos que moram longe com 6,7% (n=1) e lembranças da infância com 6,7% (n=1).

A alegria é boa para o desenvolvimento e regulação do bem-estar de qualquer indivíduo, então foi perguntado quanto as lembranças que os trazem alegria. Foi constatado que a maioria da população pesquisada fica mais feliz quando a família está reunida correspondendo a 46,67% (N=3), outros 13,3% (N=2) referiram não ter lembranças que os alegram. Já as outras lembranças citadas foram: as lembranças da adolescência; lembranças de quando frequentavam a universidade, de quando iam a missa, do tempo que era motorista; da vida de solteira; e do tempo que era jovem e as festas, correspondendo a 39,99% (N=6).

Quando se perguntou se o participante costuma chorar sempre por algum motivo, e que motivos os fazem chorarem. Observou-se que 60% (N= 9) costumam chorar sempre e 40% (N= 6) não tem esse hábito.

Foram questionados aos idosos quais motivos os faziam chorar. Obteve-se 60% (n=9) choram de saudade dos familiares que morreram, 13,3% (n=2) por desgosto de alguém 13,3% (n=2) relataram chorar por desgosto dos filhos, 6,7% (n=1) por medo de perder o marido e apenas 6,7% (n=1) referiu não costumar chorar. Sabemos que o próprio isolamento social que o idoso sofre devido não ser considerado alguém produtivo dentro e fora de casa, traz aos idosos sentimentos de saudades e emoções, fazendo-os chorar sempre.

Quanto a algum motivo que os aborrecem 33,3% (n=6) referiram se aborrecer quando são contrariados pelos filhos, 26,67% (n=4) com pessoas irresponsáveis, os vizinhos como motivo atingiu uma margem de 6,7% (n=1), os casamentos dos netos e suas desobediências foi referido por 13,3% (n=2), a inadimplência dos fregueses representa 6,7% (n=1) para que tem um comércio, o abandono familiar 6,7% (n=1) e apenas 6,7% (n=1) referiram não ter nada que o aborrecesse. Para Garcia et al. (2006) em seu estudo sobre a depressão e o processo de envelhecimento, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perda continua ocorrendo a diminuição do suporte familiar, a perda de status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática são motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Nesse contexto, com essas situações apresentadas e persistentes, o humor deprimido pode se cronificar evoluindo para uma depressão.

Então, ao questionar-se sobre a prática da atividade física observou-se que a maioria da população pesquisada não pratica representando 60% (n=9) enquanto 40% (n=7) afirmaram realizar algum tipo de atividade física.

Para Moraes et al. (2007) o exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua



prática demandar, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança.

Ressalta-se que o único participante que afirmou participar de algum grupo de idoso 6,67% (n=1), refere se se alimentar bem, essa foi outra interrogativa feita durante a entrevista.

O que concorda com dados do estudo desenvolvidos por Ferreira Filha et al. (2009) sobre as contribuições da Terapia Comunitária no cuidado com mulheres usuárias dos serviços da Estratégia saúde da Família, permitiram constatar que as mulheres ao compartilharem seus problemas recebendo apoio do grupo, reflete no alívio do sentimento de dor que estava associado à perda de pessoas queridas.

Ao se questionar sobre a confirmação do diagnóstico de depressão, constatou-se no gráfico 5.5, que a maioria não tem depressão representando 66,67% (n=10) da amostra e 33,33% (n=5) afirmaram sofrer de depressão. Esses resultados são importantes nessa pesquisa pois mostram que nessa UBSF o índice de idosos com diagnóstico de depressão é pequeno, ou ainda não foi diagnosticado a verdadeira proporção de idosos com depressão.

Em relação à busca por medicamentos controlados para a depressão observou-se que a maioria não toma esses medicamentos representando 80% (n=12), e apenas 20% (n=3) tomam algum tipo de antidepressivo.

É válido ressaltar que o resultado do tratamento medicamento não é de inteira responsabilidade medicamentosa, onde deve haver uma participação e empenho ativo por parte desses idosos durante o tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esse trabalho verificou-se como o perfil socioeconômico dos idosos, a grande maioria, serem aposentados e morarem com alguém, descaracterizando alguns dos fatores de risco da depressão, os quais foram apresentados e argumentado acima.

O tratamento da depressão pode ser muito complexo, dependendo diretamente da força de vontade do idoso. Notou-se, nessa pesquisa, uma displicência em relação a prática de atividade física e participação de grupos de idoso que são peças fundamentais no tratamento e na prevenção da depressão, além de afetar diretamente a qualidade de vida dos idosos.

A Enfermagem está intimamente ligada a atenção básica e diretamente ligada a população de idosos, podendo contribuir com a formação de grupos em sua UBSF, ou mesmo

utilizar outras estratégias em relação a atração desses idosos a grupos de idosos e ao incentivo de práticas de atividade física como prevenção da depressão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei n.º 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília; 2003. 82 p. 11. Brasil. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acesso: 30 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html). Acesso: 30 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>. Acesso: 30 nov. 2018.

CAMARANO, A. A., MEDEIROS, M. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 1999.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar., 2007

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>. Acesso: 30 nov. 2018.

GARCIA, A. *et al.* A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciência & cognição**. v. 7, p. 111-121, 2006.

GRAZELLE, F. K. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-71, 2002.

LOBO, I. **Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=19108](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19108). Acesso em: 13 mar. 2018.

MORAES, H. *et. al.* O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr RS**. v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.

NERI, A. N; FREIRE, S. A. **E por falar em velhice.** São Paulo: Papirus, 2000.

PACHECO J. L. **Educação, Trabalho e Envelhecimento: Estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria.** Tese de Doutorado – Educação / Gerontologia. UNICAMP, Campinas, SP.192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19) 2002.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun 2002, p. 156-175.

RENTE, E. C.; OLIVEIRA, M. M. **Terceira Idade: A Melhor Fase Da Vida? Trabalho de Graduação.** Belém, 2002. Disponível em: [http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/TERCEIRA\\_IDADE\\_MELHOR\\_FASE\\_VIDA.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/TERCEIRA_IDADE_MELHOR_FASE_VIDA.pdf). Acesso em: 10 ago. 2018.

REYS B.N. *et. al.* Diagnostico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 6, p. 401-4, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

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

ZIMERMAN, G., I., **Velhice: Aspectos biopsicossociais** – Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.