



## ARTIGO ORIGINAL

## Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal

*Prevalence of depression and associated factors in the elderly treated in Primary Health Care in a metropolitan region of the Federal District*

**Fernanda Guedes Ferreira<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-6545-4770](https://orcid.org/0000-0002-6545-4770)  
[ferferreira.med@gmail.com](mailto:ferferreira.med@gmail.com)

**Lucy de Oliveira Gomes<sup>2</sup>**

[orcid.org/0000-0002-6673-5507](https://orcid.org/0000-0002-6673-5507)  
[lucygomes2006@hotmail.com](mailto:lucygomes2006@hotmail.com)

**Adriano Filipe Barreto**
**Grangeiro<sup>3</sup>**

[orcid.org/0000-0002-0199-7071](https://orcid.org/0000-0002-0199-7071)  
[filipe@uft.edu.br](mailto:filipe@uft.edu.br)

**Thais Reggiani Cintra<sup>4</sup>**

[orcid.org/0000-0002-7965-1417](https://orcid.org/0000-0002-7965-1417)  
[thareggiani@hotmail.com](mailto:thareggiani@hotmail.com)

**Juan Luca Menezes de Mello<sup>5</sup>**

[orcid.org/0000-0002-4847-3312](https://orcid.org/0000-0002-4847-3312)  
[juan.luca.menezes@gmail.com](mailto:juan.luca.menezes@gmail.com)

**Priscila Rejane de Moraes Magalhães<sup>2</sup>**

[orcid.org/0000-0002-2235-4905](https://orcid.org/0000-0002-2235-4905)  
[priscilarejanemm@hotmail.com](mailto:priscilarejanemm@hotmail.com)

**Cristina da Silva Cunha<sup>5</sup>**

[orcid.org/0000-0001-7409-5362](https://orcid.org/0000-0001-7409-5362)  
[ksbiol@gmail.com](mailto:ksbiol@gmail.com)

**Recebido em:** 21 maio 2020

**Aprovado em:** 24 mar. 2021

**Publicado em:** 27 maio. 2021


Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

### Resumo

**Objetivo:** verificar a prevalência de depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas a esse transtorno nos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) em região metropolitana do Distrito Federal.

**Métodos:** estudo transversal realizado entre janeiro e agosto de 2018, com idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Granja do Torto, em Brasília, DF. Foi aplicado instrumento versando sobre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Para a avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida (EDG-15). Na análise dos dados, foi realizada a estatística descritiva e a aplicação do teste qui-quadrado para associação das variáveis categóricas, com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** a amostra constituiu-se de 70 idosos. Foi encontrada prevalência de 41,4% de sintomas depressivos nos idosos estudados, 35,7% com indicativo de depressão leve e 5,7% de depressão grave. No grupo com sintomas depressivos, houve predomínio do sexo feminino, idade entre 70 a 79 anos, casados, católicos, analfabetos, aposentados, de baixa renda e com duas ou mais pessoas com grau de parentesco vivendo na mesma residência. Foi identificado, no grupo com depressão, associação significativa com escolaridade ( $p=0,05$ ), nível de instrução ( $p=0,04$ ), renda mensal ( $p=0,006$ ), condições clínicas como osteoporose ( $p=0,02$ ) e artrite/artrose ( $p=0,03$ ), quedas ( $p=0,03$ ) e uso de antidepressivos ( $p=0,02$ ), sendo, nessa classe, escitalopram o mais utilizado ( $p=0,004$ ).

**Conclusão:** foi evidenciada alta prevalência de depressão entre os idosos da APS da região metropolitana do Distrito Federal do sexo feminino com idades entre 70 e 79 anos. Variáveis como escolaridade, nível de instrução, renda mensal, osteoporose, artrite/artrose, quedas e uso de antidepressivos apresentaram diferenças estatisticamente significativas naqueles com depressão. Assim, é fundamental o rastreio precoce dos sintomas depressivos, mais precisão no diagnóstico e no tratamento desse transtorno, com intervenções não farmacológicas e farmacológicas, executadas por equipe multidisciplinar especializada, capacitada para assistir aos idosos da rede de APS, evitando os efeitos deletérios na qualidade de vida dos indivíduos desse grupo.

**Palavras-chave:** depressão, idoso, atenção primária à saúde, serviço de saúde, assistência integral à saúde do idoso.

### Abstract

**Aims:** to verify the prevalence of depression and the sociodemographic and clinical variables associated with this disorder in the elderly assisted in Primary Health Care (PHC) in the metropolitan area of the Federal District.

<sup>1</sup> Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil; Universidade Federal do Tocantins (UFT), Tocantinópolis, TO, Brasil.

<sup>4</sup> Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Centro de Ensino Unificado de Brasília (UNICEUB), Brasília, DF, Brasil.

**Methods:** cross-sectional study carried out between January and August 2018, with elderly people assisted in the Basic Unit, with elderly people attended at the Basic Health Unit of Granja do Torto, Brasília, DF, were included. An instrument was applied dealing with sociodemographic, behavioral and clinical variables. To evaluate depressive symptoms, the Geriatric Depression Scale, reduced version (EDG-15), was used. In the data analysis, descriptive statistics and application of the chi-square test were performed for association of categorical variables, with a significance level of 5% ( $p \leq 0.05$ ).

**Results:** the sample consisted of 70 elderly people. A prevalence of 41.4% of depressive symptoms was found in the elderly studied, 35.7% with indicative of mild depression and 5.7% of severe depression. In the group with depressive symptoms, there was a predominance of females, aged between 70 and 79 years, married, Catholic, illiterate, retired, of low income and with two or more people with a degree of kinship living in the same residence. In the group with depression, a significant association with education ( $p = 0.05$ ), level of education ( $p = 0.04$ ), monthly income ( $p = 0.006$ ), clinical conditions such as osteoporosis ( $p = 0.02$ ) and arthritis / arthrosis ( $p = 0.03$ ), falls ( $p = 0.03$ ) and use of antidepressants ( $p = 0.02$ ), with escitalopram being the most used in this class ( $p = 0.004$ ).

**Conclusion:** there was a high prevalence of depression among the elderly in PHC in the metropolitan region of the Federal District, female and aged between 70 and 79 years. Variables such as education, level of education, monthly income, osteoporosis, arthritis / arthrosis, falls and use of antidepressants showed statistically significant differences in those with depression. Thus, early screening for depressive symptoms is essential, with more precision in the diagnosis and treatment of this disorder, with non-pharmacological and pharmacological interventions, performed by a specialized multidisciplinary team, trained to assist the elderly in the PHC network, avoiding the deleterious effects on quality of life of individuals in this group.

**Keywords:** depression, aged, primary health care, health services, comprehensive health care for the elderly.

**ABREVIATURAS:** APS, Atenção Primária à Saúde; EDG-15, Escala de Depressão Geriátrica; IPAQ, Questionário Internacional de Atividade Física; MEEM, Miniexame do estado mental; UBS, unidade básica de saúde.

## Introdução

A depressão constitui um problema de saúde pública afetando, aproximadamente, mais de 300 milhões de pessoas no mundo, das quais 15% são idosos. Na população de idosos, em específico, ela é a causa mais comum de sofrimento emocional (1 - 4).

Estudos nacionais demonstraram diferentes prevalências de sintomas depressivos em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), de

acordo com a região geográfica do Brasil. Na região Nordeste, a prevalência foi de 29,1%, enquanto na região Sul houve variação de 18,0% a 30,6% (5 - 7).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2030, depressão será a principal patologia na carga global de doenças no mundo, principalmente em países de baixa e média renda, devido ao subdiagnóstico e ao subtratamento (7, 8). É uma doença que afeta a qualidade de vida dos idosos e aumenta a carga econômica, por seus custos diretos e indiretos, seja por absenteísmo laboral do idoso ou de seu cuidador familiar (7).

O quadro de depressão é multideterminado, resultante de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares (9). É definido como um transtorno mental, cujos critérios principais são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer. Sentimento de culpa ou desvalia, perturbações do sono e do apetite, redução ou perda da energia, piora da concentração e pensamentos de morte ou suicídio são critérios complementares (5).

Um estudo recente em Unidade Básica de Saúde (UBS) mostrou que os sintomas depressivos são comuns nessa fase da vida, afetando 32,7% dos idosos, dos quais 25,4% apresentaram depressão leve e 7,3% depressão grave. Esses achados mostram a demanda para o desenvolvimento de ações e estratégias de proteção contra os sintomas depressivos e a capacitação dos profissionais de saúde visando a avaliação, o diagnóstico e o tratamento adequado da depressão nessa população (10).

Desse modo, a necessidade de valorização dos sintomas depressivos no cuidado à população idosa, pois essa condição pode contribuir para surgimento e agravos de doenças crônicas, distanciamento social e empecilho na adesão ao tratamento de doenças já existentes. Nessa perspectiva, é necessário ampliar o conhecimento sobre essa temática, considerando-se que a depressão pode impactar negativamente na qualidade de vida dos idosos (9).

Ante o exposto, este estudo objetivou verificar a prevalência de depressão e as variáveis

sociodemográficas e clínicas associadas a esse transtorno nos idosos atendidos na APS em região metropolitana do Distrito Federal.

## Método

Trata-se de estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, entre janeiro e agosto de 2018 realizado na UBS da Granja do Torto, em Brasília, DF. Para a triagem inicial da pesquisa, 160 idosos cadastrados e atendidos pelo Médico da Família e Comunidade no ano de 2017, na referida UBS, foram inseridos como participantes do projeto.

Esta pesquisa é subprojeto do estudo intitulado "Idosos hiperfrequentadores na Atenção Primária à Saúde: influência das terapias expressivas na frequência às consultas e nos distúrbios do sono" que analisou as características sociodemográficas, clínico-funcionais, mentais, comportamentais e transtornos do sono em idosos hiperfrequentadores da atenção primária à saúde, sendo considerados hiperfrequentadores, aqueles que tiveram cinco consultas médicas no ano anterior à pesquisa. Tal trabalho é relevante ao atual contexto decorrente do aumento da longevidade, uma realidade com tendência à intensificação e idosos que apresentam sintomas depressivos com maior e menor frequência nas consultas médicas da APS não são investigados, e a depressão pode estar associada ao maior e mais prolongado uso de serviços de saúde por esse grupo etário atendidos em UBS, gerando grande problema de saúde pública.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: idosos com idade igual ou superior a 60 anos; atendidos por médico na UBS da Granja do Torto no ano de 2017; e que obtivessem escore normal no Miniexame do Estado Mental (MEEM) (11), de acordo com a escolaridade. Foi adotado como ponto de corte para o MEEM, 17 pontos para analfabetos, 22 pontos para os com um a quatro anos de escolaridade, 24 para cinco a oito anos de escolaridade e 26 para nove anos ou mais de escolaridade (11).

Foram critérios de exclusão: problemas visuais e/ou auditivos que dificultem na realização dos

testes aplicados; acamados, hospitalizados, ou outra impossibilidade de comparecer à UBS.

Todos os idosos atendidos no ano de 2017 na APS foram chamados a comparecer à UBS e convidados a participar da pesquisa. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, os idosos elegíveis que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A seguir, foram realizados questionários com os seguintes dados sociodemográficos: sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, nível de instrução, renda mensal, aposentadoria, estrutura familiar, condições de saúde (morbidades), quantidade e quais medicações utilizadas, internações e quedas no ano anterior, autopercepção da saúde e hábitos de vida (tabagismo, etilismo e nível de atividade física). A atividade física foi avaliada por meio da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), sendo classificada de acordo como o nível de atividade física em: sedentário; irregularmente ativo e ativo; muito ativo (12).

O desfecho depressão foi mensurado com a Escala Geriátrica de Depressão, composta por 15 itens dicotômicos, sendo de fácil aplicação e compreensão (13). O ponto de corte adotado para rastreio de sintomas depressivos foi  $\geq 6$ , classificando-se em: depressão leve-moderada (escores de 6 a 10) e depressão severa (escores de 11 a 15), com um bom nível de precisão diagnóstica, assim como sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Na versão brasileira, é o instrumento mais frequentemente utilizado para detecção de depressão em idosos (13).

A análise de dados foi realizada no software IBM SPSS Statistics 22. A análise de distribuição foi realizada por meio do teste Shapiro-Wilk, objetivando verificar se a amostra representava distribuição de normalidade dos dados. Para a caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva através de frequência relativa e absoluta, médias e desvio padrão. Para avaliar a presença de associação entre as variáveis qualitativas (categóricas) foi utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foi considerado como nível de significância  $p \leq 0,05$ .

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília em 12 de dezembro de 2016, mediante o parecer n.º 1.861.003.

## Resultados

Dos 160 idosos cadastrados na UBS e com atendimento médico no ano anterior ao estudo, 90 não obedeceram aos critérios de elegibilidade, sendo que: seis com dificuldade na linguagem, 12 com déficit cognitivo, 15 não foram localizados, cinco com comprometimento visual, sete com comprometimento auditivo, 12 se recusaram a participar, oito óbitos, 12 migraram para outras regiões administrativas, sete acamados e seis hospitalizados no decorrer da pesquisa. No total, a análise foi composta por 70 idosos.

Os sintomas depressivos foram observados em 29 (41,4%) idosos, sendo 25 (35,7%) com indicativo de depressão leve a moderada e quatro (5,7%) de depressão grave, sem diferença significativa entre os grupos (OR = 0,50; IC95%: 0,16-1,52).

No grupo com depressão, a média de idade foi de 73,0±7,9 anos e no grupo sem depressão foi de 71,1±6,4 anos. Houve predomínio do sexo feminino (79,3%), idade entre 70 a 79 anos (48,3%), casados (55,2%), católicos (72,4%), analfabetos (31,0%), nível de instrução com destaque para sem instrução/ menos de um ano de estudo (31,0%) e ensino fundamental incompleto (31,0%), aposentados (65,5%), com baixa renda (58,6%) e com duas ou mais pessoas com grau de parentesco morando na mesma residência (89,7%). Naqueles com depressão, tivemos diferenças significativas nas seguintes variáveis: escolaridade (p=0,05), nível de instrução (p=0,04) e renda mensal (p=0,006) (Tabela 1).

**TABELA 1** – Variáveis sociodemográficas dos 70 idosos (29 com e 41 sem depressão), atendidos na APS da Granja do Torto, Brasília, DF, 2018.

	Com depressão n (%)	Sem depressão n (%)	p*
<b>Sexo</b>			
Masculino	6 (20,7)	14 (34,1)	0,22
Feminino	23 (79,3)	27 (65,9)	
<b>Idade (em anos)</b>			
60-69	9 (31,0)	17 (41,5)	0,38
70-79	14 (48,3)	20 (48,8)	
80 ou mais	6 (20,7)	4 (9,8)	
<b>Estado civil</b>			
Casado	16 (55,2)	22 (53,7)	0,50
Solteiro	3 (10,3)	3 (7,3)	
Divorciado	0 (0,0)	3 (7,3)	
Viuvo	10 (34,5)	13 (31,7)	
<b>Religião</b>			
Católica	21 (72,4)	25 (61,0)	0,36
Espírita	0 (0,0)	3 (7,3)	
Evangélico	8 (27,6)	12 (29,3)	
Umbanda/ Candomblé	0 (0,0)	1 (2,4)	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	9 (31,0)	3 (7,3)	0,05
1 a 4 anos	8 (27,6)	19 (46,3)	
5 a 8 anos	4 (13,8)	8 (19,5)	
9 anos ou mais	8 (27,6)	11 (16,8)	
<b>Nível de instrução</b>			
Sem instrução/ < 1 ano de estudo	9 (31,0)	3 (7,3)	0,04
EF incompleto	9 (31,0)	22 (53,7)	
EF completo	3 (10,3)	4 (9,8)	
EM incompleto	0 (0,0)	1 (2,4)	
EM completo	4 (13,8)	9 (22,0)	
ES completo	4 (13,8)	2 (4,9)	
<b>Aposentado</b>	19 (65,5)	27 (65,9)	0,97
<b>Renda mensal do idoso</b>			
Não tem renda	3 (10,3)	5 (12,2)	0,006
Até 1 SM <sup>†</sup>	17 (58,6)	8 (19,5)	
Entre 1 e 5 SM	4 (13,8)	8 (19,5)	
Mais de 5 SM	5 (17,2)	20 (48,8)	
<b>Estrutura familiar</b>			
Unipessoal	3 (10,3)	8 (19,5)	0,29
≥2 pessoas com grau de parentesco	26 (89,7)	33 (80,5)	

APS, Atenção Primária à Saúde EF, Ensino fundamental; EM, ensino médio; ES, ensino superior; SM (Salário-mínimo) \*Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. <sup>†</sup>Base do salário-mínimo em 2018 (ano da coleta de dados): R\$ 954,00;

No tocante às variáveis comportamentais, observou-se que, nos grupos com e sem depressão, negaram ser tabagistas 89,7% e 82,9% e etilistas 79,3% e 80,5%, respectivamente. Evidenciou-se que 72,4% e 58,5%, respectivamente, eram sedentários/irregularmente ativos. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação às variáveis comportamentais.

Quanto às variáveis clínicas, nos grupos de idosos com e sem depressão, 75,9% e 70,7% apresentavam três ou mais comorbidades. Verificou-se diferença significativa entre os grupos nas seguintes condições clínicas: osteoporose (p=0,02) e artrite/artrose (p=0,03). As comorbidades com diagnóstico médico mais frequentes, no grupo com depressão, foram hipertensão arterial (82,8%) e artrite/artrose (62,1%), e no grupo sem depressão, hipertensão arterial (78,0%) e dislipidemia (53,7%) (Tabela 2).

**TABELA 2** – Comorbidades nos 70 idosos (29 com e 41 sem depressão), atendidos na APS da Granja do Torto, Brasília, DF, 2018.

	Com depressão n (%)	Sem depressão n (%)	p*
Número de condições crônicas			0,39
Nenhuma	1 (3,4)	0 (0,0)	
Entre 01 e 02	6 (20,7)	12 (29,3)	
3 ou mais	22 (75,9)	29 (70,7)	
Hipertensão Arterial	24 (84,8)	32 (72,0)	0,62
Diabetes mellitus	11 (37,9)	19 (46,3)	0,48
Angina/Infarto agudo do miocárdio	5 (17,2)	6 (14,6)	0,76
Asma	3 (10,3)	6(14,6)	0,59
Enfisema pulmonar	2 (6,9)	2 (4,9)	0,72
Insuficiência cardíaca	8 (27,6)	5 (12,2)	0,10
Osteoporose	14 (48,3)	9 (22,0)	0,02
Artrite/Artrose	18 (62,1)	15 (36,6)	0,03
Dislipidemia	14 (48,3)	20 (48,8)	0,96
Neoplasia	4 (13,8)	4 (9,8)	0,60
Tireoideopatia	5 (17,2)	9 (22,0)	0,62
Outras <sup>‡</sup>	19 (65,5)	19 (46,3)	0,11

APS, Atenção Primária à Saúde.

\*Teste qui-quadrado ou Exato de Fisher.

<sup>‡</sup>Labirintite, tontura, insônia, síndrome da apneia do sono, ansiedade, obesidade, desnutrição, fibromialgia, espondilite anquilosante, síndrome do túnel do carpo, dor neuropática, hemorroidas, osteopenia, lesão do nervo ciático, rinite alérgica, gastrite, refluxo gastroesofágico.

Na Tabela 3, 44,8% e 34,1% respectivamente, dos grupos com e sem depressão, consideraram sua saúde como "boa". Verificou-se que 37,9% e 36,6% dos grupos com e sem depressão, respectivamente, referiram internação nos últimos doze meses. A presença de quedas nos últimos doze meses foi em 51,7 % do grupo com depressão, apresentada diferença significativa entre os dois grupos (p=0,03).

**TABELA 3** – Autopercepção da saúde, ocorrência de internações, quedas nos últimos 12 meses e número de medicamentos consumidos, nos 70 idosos (29 com e 41 sem depressão), atendidos na APS da Granja do Torto, Brasília, DF, 2018.

	Com depressão n (%)	Sem depressão n (%)	p*
Autopercepção da saúde			0,41
Muito boa	1 (3,4)	3 (7,3)	
Boa	13 (44,8)	22 (53,7)	
Regular	10 (34,5)	14 (34,1)	
Ruim	3 (10,3)	2 (4,9)	
Muito ruim	2 (6,9)	0 (0,0)	
Internação	11 (37,9)	15 (36,6)	0,90
Quedas	15 (51,7)	11 (26,8)	0,03
Medicamentos			0,76
Nenhum	2 (6,9)	3 (7,3)	
1 a 4	11 (37,9)	19 (46,3)	
5 ou mais	16 (55,2)	19 (46,3)	

APS, Atenção Primária à Saúde.

\*Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

No grupo com depressão, os antidepressivos foram significativamente a classe de medicamentos mais utilizada (p=0,02), sendo a medicação mais frequentemente usada o escitalopram (p=0,004). Entre os idosos sem depressão, 5 (7,1%) relataram tomar medicamento antidepressivo (Tabela 4).

**TABELA 4** – Antidepressivos utilizados por 70 idosos (29 com e 41 sem depressão), atendidos na APS da Granja do Torto, Brasília, DF, 2018.

	Com depressão n (%)	Sem depressão n (%)	p*
Antidepressivos	13 (18,6)	5 (7,1)	0,02
Escitalopram	10 (14,3)	3 (4,3)	0,004
Sertralina	1 (1,4)	1 (1,4)	0,80
Amitriptilina	1 (1,4)	0 (0)	0,23
Fluoxetina	1 (1,4)	1 (1,4)	0,80

APS, Atenção Primária à Saúde.

\*Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

## Discussão

O estudo atual teve como objetivo verificar a prevalência de depressão e as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas a esse transtorno nos idosos atendidos na APS em região metropolitana do Distrito Federal. A prevalência de depressão encontrada nos idosos atendidos na APS foi de 41,4% em concordância com os resultados descritos por Rodrigues et al. (14) e Silva et al. (15), que mostraram prevalências de 43,9% e 59,3% respectivamente. Outros estudos nacionais, com foco em idosos da APS, demonstram grande diferença na prevalência de sintomas depressivos, variando de 6,4% a 32,7% (5, 6, 10, 16, 17). Essas variações podem ser explicadas pelos perfis das amostras estudadas, adoção de distintos critérios diagnósticos adotados, subdiagnóstico de depressão existente no Brasil, e os instrumentos/escalas de rastreio indicativos de depressão (10, 18-23).

É relatado maior frequência de depressão no sexo feminino. Esse relato está em concordância com o achado do estudo atual, embora sem diferença significativa com o grupo sem depressão, provavelmente devido a feminização da velhice. Ser do sexo feminino é fator de risco para depressão, bastante conhecido e descrito na literatura (5, 7, 24). Fatores socioculturais associados à maior frequência de eventos es-

tressores podem contribuir para essa diferença entre os sexos. Outra possível explicação pode advir de aspectos culturais, já que as mulheres buscam mais auxílio para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos (5). Outros aspectos também relacionados são a alta taxa de viuvez e o isolamento social entre aquelas com mais de 60 anos e a privação de estrogênio, que contribui para que as mulheres sejam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais na velhice (7).

A faixa etária entre 70 e 79 anos apresentou os maiores indícios de quadros depressivos, semelhantes aos estudos de Nogueira et al. (5) e Magalhães et al. (7). Entretanto, no estudo realizado por Frade et al. (25), foi observada uma maior prevalência de sintomas de depressão entre idosos de idade mais avançada. A depressão secundária a causas orgânicas, não examinadas com profundidade no estudo atual, são mais frequentes nos idosos (5).

Um dos achados mostra que 65,5% dos idosos aposentados têm indicativo de depressão. Em revisão sistemática recente, Silva, Turra e Chariglione (26) analisaram, no período de 2009 a 2018, estudos nacionais e internacionais que discutiam o processo de envelhecer, a aposentadoria e a depressão, evidenciando alta incidência de sintomas depressivos na população idosa. Contudo, constataram que tal fato pode ser decorrente do idoso não receber a atenção necessária, em virtude de assumir nova condição social, não sendo orientado na minimização dos fatores de risco associados a esse momento de transição de sua vida. Na literatura é referido que os idosos aposentados apresentam maiores índices de quadros depressivos (9). Devido à desvalorização que o idoso sofre na sociedade, ocorre maior frequência de sintomas depressivos nos idosos que não trabalham, principalmente nos países em desenvolvimento. A desocupação do idoso é fator importante no aparecimento da depressão, uma vez que envolve fatores psicossociais, emocionais e econômicos. Esse achado pode indicar que aqueles que se mantêm no mercado de trabalho continuam se sentindo úteis à comu-

nidade (7). Entretanto, não se pode desconsiderar a possibilidade de causalidade reversa nessa associação, pois tanto a ausência de trabalho quanto o inverso podem gerar depressão (27). Em discordância com esses achados, não se identificou diferença significativa no número de idosos aposentados nos grupos com e sem depressão. Isso, provavelmente se deve ao grande número de aposentados em ambos os grupos.

Analfabetismo e baixa escolaridade associaram-se à presença de depressão, em concordância com o apontado na literatura (5, 17). Hajjar et al. (10) mostraram associação de sintomas depressivos com baixa escolaridade, em concordância com os achados da presente pesquisa.

Em relação à renda pessoal de até um salário-mínimo (58,6%), houve associação entre presença de depressão em concordância com o descrito na literatura, que aponta a baixa renda e a pobreza como fatores de risco para depressão. A renda baixa pode privar os idosos da assistência de saúde adequada, dificultar a compra de medicamentos e a manutenção do tratamento, interferindo na própria autonomia, assim como na manutenção e na recuperação da saúde (5). O estudo realizado por Cunha et al. (28) estabeleceu que menores níveis educacionais e renda mensal estão associados a maior presença de depressão, em concordância com o achado do presente estudo.

Os dados referentes ao IPAQ apontaram que, no grupo com depressão, 72,4% dos idosos são sedentários/irregularmente ativos. Corroborando tal achado, Silva et al. (4) relataram que idosos com sintomas depressivos praticam menos atividades físicas.

Foi constatado que 75,9% dos idosos do grupo com depressão, apresentavam como comorbidades três ou mais doenças crônicas. Vários estudos apontam presença de doenças crônicas associadas com sintomas depressivos na população idosa (3, 6, 29, 30).

Quanto às doenças crônicas referenciadas como diagnosticadas por médicos, no grupo com depressão destacaram-se hipertensão arterial (82,8%) e artrite/artrose (62,1%). Teston e Marcon (31) relataram a ocorrência de depressão

nos idosos associada ao diagnóstico médico de hipertensão arterial. Silva et al. (32) relataram que 62,5% dos pacientes com hipertensão arterial e 61,4% daqueles com artrite/artrose apresentaram sintomas depressivos, em concordância com o estudo atual. Na amostra atual, surgiu diferença significativa quanto à artrite e à osteoporose, que se apresentaram com maior prevalência no grupo com depressão, em concordância com os achados de Brasileiro et al. (33).

Nos estudos de Borges et al. (34) e Ozaki (35) foram encontradas associações entre sintomas depressivos e doenças autorreferidas, como artrite/reumatismo. Os repetidos episódios de dor e desconforto devido à artrite, assim como a intensidade forte da dor, podem afetar a vida física, psicológica, comportamental e social dos idosos, originando sintomas depressivos nessa população (35-37). A presença de depressão secundária a doenças crônicas no idoso, sem a identificação e o tratamento da depressão, contribui para o agravamento da doença crônica aumentando sua morbimortalidade (7).

Foi encontrada associação de idosos com depressão e ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, em concordância com a pesquisa de Silva et al. (32). Em outros estudos, a ocorrência de quedas em idosos apresentou-se como fator de risco para os sintomas depressivos (38-40). Os inúmeros processos patológicos e fatores extrínsecos associados ao processo do envelhecimento tornam os idosos mais vulneráveis ao risco de quedas e, conseqüentemente, gera o medo de quedas futuras, o receio de sair de casa ocasionado pela perda de mobilidade e pelas restrições nas atividades da vida diária, aumentando os quadros depressivos nesse grupo populacional, em virtude do isolamento social, com mais efeitos negativos para o declínio funcional e da saúde (41-44).

Com relação à autopercepção da saúde, 44,8% e 34,5% dos idosos com depressão relataram sua saúde, respectivamente, como "boa" e "regular", embora sem diferença significativa entre os grupos. No entanto, estudo realizado por Bretanha et al. (6), evidenciou autopercepção da saúde associada fortemente com presença de sintomas depressivos,

com prevalência três vezes maior nos idosos que consideraram sua saúde ruim ou péssima, quando comparados aos que a declararam boa ou ótima, com associação significativa entre as duas variáveis.

Outro dado importante a se ressaltar é o fato de que 55,2% dos idosos do grupo com depressão fazem uso de cinco ou mais medicamentos, constituindo a polifarmácia. Corroborando tal achado, Teston, Carreira e Marcon (45) relataram que, entre os idosos é fato comum o uso de vários medicamentos, devido ao grande número de comorbidades, o que pode interferir na complexidade diagnóstica e no tratamento do transtorno depressivo. Segundo esses autores, frequentemente a presença de depressão em idosos é ocasionada pela adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e pela negligência no autocuidado, com conseqüente aumento na utilização dos serviços de saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, constatou que somente 52% dos indivíduos com diagnóstico de depressão utilizavam antidepressivos e 46,4% tinham recebido assistência médica para tal condição nos últimos 12 meses (46). No estudo atual, 13 idosos (18,6%) do grupo de idosos com depressão estavam usando antidepressivos, sendo que 10 (14,3%), faziam uso do escitalopram. Chama atenção que a depressão não estava completamente revertida, já que no questionário aplicado se fez o rastreio diagnóstico. Entretanto, nenhum dos idosos deste grupo estava concomitantemente em tratamento psicoterápico, o que aumentaria a resposta favorável ao tratamento farmacológico. Estudos recentes relatam que inibidores seletivos da recaptção de serotonina e terapia cognitiva comportamental, são medidas terapêuticas com benefício definido em depressão maior para idosos (47, 48).

A literatura aponta que o tratamento para depressão deve incluir intervenções não farmacológicas, tratamentos psicofarmacológicos, atividade física regular e alterações na dieta (49). Desse modo, é importante a associação das duas estratégias, farmacológica e não farmacológica, com ênfase na psicológica, que podem constituir medidas eficazes, mais do que tais terapias se-

paradamente (50). Entretanto, na UBS estudada, não há psicólogo na equipe de profissionais da saúde, impossibilitando a escolha desse tipo de tratamento. Há necessidade de intervenções não farmacológicas, com equipe interdisciplinar e capacitação desses profissionais, visando minimizar os desfechos negativos dos sintomas depressivos nessa população.

Este estudo apresentou algumas limitações por seu delineamento do tipo transversal, impossibilitando identificar a relação causa e efeito dos sintomas depressivos, além de apresentar uma amostra não representativa e ter sido realizado com idosos de uma única Unidade Básica de Saúde. Assim, é importante que sejam realizados outros estudos semelhantes nas UBS do Distrito Federal, objetivando análises comparativas com os achados atuais. Esses estudos visam contribuir com a implantação de intervenções não farmacológicas.

Foi evidenciada alta prevalência de depressão entre os idosos da APS da região metropolitana do Distrito Federal do sexo feminino e idade entre 70 e 79. Variáveis como escolaridade, nível de instrução, renda mensal, osteoporose, artrite/artrose, quedas e uso de antidepressivos apresentaram diferenças estatisticamente significativas naqueles com depressão. Assim, é urgente e importante o rastreamento sistemático dos sintomas depressivos em idosos da APS, em virtude desses sintomas serem frequentes nesse grupo etário e, muitas vezes subdiagnosticados. Na APS, é fundamental o rastreamento precoce da depressão em idosos, por meio de ações e estratégias voltadas para promoção da saúde, com melhoria da qualidade de vida dos idosos.

## Notas

Parte desse estudo foi apresentado no 25.º Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Brasília e 16º Congresso de Iniciação Científica do Distrito Federal, em 15 de setembro de 2019.

## Apoio financeiro

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal, FAPDF/PPSUS 193.001.619/2016, Conselho Nacional



de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, Código de Financiamento 001.

### Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

### Contribuição dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

### Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

### Agradecimentos

A todos os voluntários do Centro de Saúde da Granja do Torto, Brasília, DF, especialmente aos idosos que participaram desta pesquisa, pelo carinho, disponibilidade e entusiasmo.

### Referências

1. Diniz BS, Reynolds CF, Butters MA, Dew MA, Firmo JO, Lima-Costa MF, et al. The effect of gender, age, and symptom severity in late-life depression on the risk of all-cause mortality: the Bambuí Cohort Study of Aging. *Depress. Anxiety*. 2014;31(9):787-95. <https://doi.org/10.1002/da.22226>
2. Hegeman JM, De Waal MWM, Comijs HC, Kok R M, Van der Mast RC. Depression in later life: A more somatic presentation? *J. Affect. Disord*. 2015;170:196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.032>
3. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depression in the elderly: a systematic review of the literature. *R.Epidemiol. Control. Infec*. 2016;6(2):96-103. <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
4. Silva MRD, Ferreti F, Pinto SS, Tombini Filho OR. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. *Br J Pain*. 2018;1(4):293-98. <https://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180056>
5. Nogueira EL, Rubin LL, Souza SG, Gomes I, Neto AC. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):368-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>
6. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>
7. Magalhães JM, Carvalho ADMB, Carvalho SM, Alencar DDC, Moreira WC, Parente ADCM. Depression among the elderly in the family health strategy: a contribution to primary care. *Rev Min Enferm*. 2016;20:e947. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160016>
8. World Health Organization – WHO. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat. [Internet]. Geneva: World Health Organization. [citado 2020 Mar 28]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf)
9. Oliveira MSS, Ferreira SMS, Santana MDR. Saúde mental do idoso com enfoque na depressão. *Rev. e-ciênc*. 2016;4(1): 26-33. <http://dx.doi.org/10.19095/rec.v4i1.95>
10. Hajjar R, Nardelli GG, Gaudenci EM, Santos AS. Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. *Rev Rene*. 2017;18(6):727-33. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>
11. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003;61(3B):777-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
12. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* [Internet] 2001 [citado 2017 Out 2];6(2):5-18. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
14. Rodrigues LR, Santos DMT, Silveira FCO, Dias FA, Martins NPF. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Rev Enferm e Atenç Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2020 Mai 1];4(2):33-44. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1122/pdf>
15. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):262-70. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1294>

16. Mendes-Chiloff CL, Ramos-Cerqueira AT A, Lima MCP, Torres AR. Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(5):1028-40. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007278>
17. Santos ER, Huang H, Menezes PR, Scazufca M. Prevalence of depression and depression care for populations registered in primary care in two remote cities in the Brazilian Amazon. *PloS One*. 2016;11(3):e0150046. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0150046>
18. Sherina M, Rampal SL, Aini M, Norhidayati H. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor Malaysia. *Int Med J Malaysia*. 2005;2020;4(2):57-63.
19. Romero LJ, Ortiz IE, Finley MR, Wayne S, Lindeman RD. Prevalence of depressive symptoms in New Mexico Hispanic and non-Hispanic white elderly. *Ethn Dis*. 2005;15(4):691-97.
20. McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, et al. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA study. *Psychol Med*. 2007;37(12):1787-95. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000372>
21. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):104-9. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000007>
22. Kim JI, Choe MA, Chae YR. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nurs Res*. 2009;3(3):121-29. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60023-2](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60023-2)
23. Barcelos-Ferreira R, Pinto Junior JA, Nakano EY, Steffens DC, Livtóc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181a76ddc>
24. Pinto LA. Depressão senil na atenção básica: atenção e abordagem ao paciente sintomatológico da depressão [Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Minas Gerais: Universidade de Minas Gerais; 2014. 26 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4367.pdf>
25. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev. Enf. Referência*. 2015;4(série IV):41-9. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>
26. Da Silva MM, Turra V, Chariglione IPFS. Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Psicol. IMED*. 2018;10(2):119-36. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858>
27. Mezuk B, Bohnert AS, Ratliff S, Zivin K. Job strain, depressive symptoms, and drinking behavior among older adults: results from the Health and Retirement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66B(4):426-34. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbro21>
28. Cunha RVD, Bastos GAN, Del Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):346-54. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
29. Huang CQ, Dong BR, Lu ZC, Yue JR, Liu QX. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *Ageing Res Rev*. 2010;9(2):131-41. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2009.05.005>
30. Verhaak PFM, Dekker JH, Waal MWM, Marwijk HWJ, Comijs HC. Depression, disability and somatic diseases among elderly. *J. Affect. Disord*. 2014; 167:187-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.057>
31. Teston EF, Marcon SS. Qualidade e condições de vida sob a ótica dos residentes de um condomínio do idoso. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):124-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.37032>
32. Silva PO, Aguiar BM, Vieira MA, Costa FMda, Carneiro JA. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2019;22(5):e190088. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190088>
33. Brasileiro LEE, Melo RLP, Júnior EGS, Neri AL, Costa ICC. Associação entre depressão, fatores sociodemográficos e auto relato de doenças. In: IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH), 2015 Set 24-26; Campina Grande. Campina Grande: Realize; 2015. 12097.. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/12097>
34. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados a los síntomas depresivos en ancianos: estudio EpiFloripa. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>
35. Ozaki Y. Associação entre sintomas depressivos e eventos mórbidos em idosos da comunidade: dados do "Estudo FIBRA" - Polo Unicamp. Itesel. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas; 2015. 79 p. [citado 10 maio 2020]. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/reposip/312880>
36. Nayak R, Rajpura J. Assessing depression among older person with arthritis: a Nationwide health status survey. *ISRN Rheumatology*. 2013; 2013:1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/968343>
37. Lee JE, Kahana E, Kahana B, Barnes K. Positive affect, depressive symptoms, and arthritis pain of elderly people over time. *Healthy Aging Res*. 2015;4:1-15. <http://dx.doi.org/10.12715/har.2015.4.16>

38. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Rev bras geriatr gerontol*. 2016;19(1):119-28. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14244>

39. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):747-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>

40. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm*. 2017;35(2):210-20. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a10>

41. Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):758-68. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400013>

42. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra, AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2014;17(4): 897-910. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>

43. Pinheiro HA, Vilaça KHC, Carvalho GA. Assessment of muscle mass, risk of falls and fear of falling in elderly people with diabetic neuropathy. *Fisioter Mov*. 2015;28(4):677-83. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.A004>

44. Costa C, Kemer CB, Oliveira DV, Antunes MD, Nascimento Júnior JRA, Silva CCR. Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Saúde e Pesq*. 2017;10(2):293-300. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n2p293-300>

45. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev. bras. enferm*. 2014;67(3):450-56. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140060>

46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. 2014 [citado 2020 Mai 5]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

47. Linde K, Rücker G, Sigterman K, Jamil S, Meissner K, Schneider A, et al. Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0314-x>

48. Cuijpers P, Karyotaki E, Andersson G, Li J, Mergl R, Hegerl U. The effects of blinding on the outcomes of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):685-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.005>

49. Petrak F, Baumeister H, Skinner T, Brown A, Holt R. Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(6):472-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00045-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00045-5)

50. Wannmacher L. Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde - Representação Brasil [Internet]. 2016 [citado 2020 Mai 10];1(1):1-10. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&category\\_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965)

---

### Fernanda Guedes Ferreira

Médica residente do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), em Brasília, DF, Brasil.

---

### Lucy de Oliveira Gomes

Doutora em Fisiologia pela University of London, em Londres, Inglaterra; professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia na Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil.

---

### Adriano Filipe Barreto Grangeiro

Doutor em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil; professor adjunto da Universidade Federal do Tocantins (UFT), em Tocantinópolis, TO, Brasil.

---

### Thais Reggiani Cintra

Médica residente em Pediatria do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, em São Paulo, SP, Brasil.

---

### Juan Luca Menezes de Mello

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil.

---

### Priscila Rejane de Moraes Magalhães

Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil.

---

### Cristina da Silva Cunha

Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB), em Brasília, DF, Brasil; professora titular do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), em Brasília, DF, Brasil.

---

**Endereço para correspondência**

Adriano Filipe Barreto Grangeiro

Avenida Nossa Senhora de Fátima, 1558

Centro, 77900-000

Tocantinópolis, TO, Brasil

*Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.*