



AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO E DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DEPRESSION AND COGNITIVE DEFICIT EVALUATION IN ELDERLY ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN Y DEFICIT COGNITIVO EN ANCIANOS ASISTIDOS POR LA SALUD DE LA FAMILIA

Adriana Sanches Flores¹, Marcia Martins Alvarenga²

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil social, a autopercepção da saúde de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista com idosos acima dos 60 anos no município de Bonito/MS, usando o Mini Exame do Estado Mental - MEEM, e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Os dados foram submetidos a testes estatísticos, sendo utilizado o programa PASW na versão 18.0. Calculou-se o teste qui-quadrado de Pearson para verificar as associações entre as variáveis independentes e as de desfecho (sintomas depressivos e déficit cognitivo). Todos os resultados foram analisados tendo $p < 0,050$ como diferença significativa. **Resultados:** predomínio do sexo feminino, com renda *per capita* até um salário mínimo. Média de 72,6 anos de idade, de 2,8 anos de estudo, 75% dos idosos apresentaram sintomas depressivos, não havendo associação significativa entre as variáveis independentes. **Conclusão:** a depressão foi mais prevalente nos idosos com idade mais avançada e baixa escolaridade, e maior dificuldade em responder às questões do MEEM. **Descritores:** Saúde do Idoso; Depressão; Cognição.

ABSTRACT

Objective: to describe the social profile, the self-perceived health of elderly people assisted by the Family Health Strategy (FHS). **Method:** a descriptive and exploratory study with a quantitative approach. Data was collected through interviews with elderly people over 60 years in Bonito / MS, using the Mini Mental State Examination - MMSE, and the Geriatric Depression Scale (GDS). Data was subjected to statistical tests, PASW program being used in version 18.0. Pearson's chi-square test was used to verify the associations between the independent variables and the outcome was calculated (depressive symptoms and cognitive deficits). All results were analyzed with $p < 0.050$ as a significant difference. **Results:** female predominance, with per capita income up to the minimum wage. Average age 72.6 years, 2.8 years of study. Of these, 75% of the elderly had depressive symptoms and no significant association between the independent variables. **Conclusion:** depression was more prevalent in older people with a more advanced age and low education, and greater difficulty in answering the questions of the MMSE. **Descriptors:** Health of the Elderly; Depression; Cognition.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil social y autopercepción de la salud de los ancianos asistidos por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Método:** estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo. Los datos fueron colectados a través de entrevistas con personas mayores por encima de 60 años de edad en la ciudad de Bonito / MS, utilizando el Mini Examen del Estado Mental-MMSE, EDG y las variables: edad, sexo; arreglo familiar, el ingreso per cápita y la auto-evaluación de la salud. **Resultados:** predominio del sexo femenino, con ingreso per cápita de hasta un salario mínimo. Promedio de 72,6 años, 2,8 años de estudio. De éstos, el 75% de los ancianos tenían síntomas depresivos y ninguna asociación significativa entre las variables independientes. **Conclusión:** la depresión es más frecuente en las personas mayores con la edad avanzada y el bajo nivel educativo, y una mayor dificultad para responder a la pregunta MMSE. **Descriptores:** Salud del Anciano; Depresión; Cognición.

¹Enfermeira, Residente Multiprofissional em Saúde, Hospital Universitário da Grande Dourados- HU/UFGD. Dourados (MS), Brasil. E-mail: adrianasanchesflores@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul/UEMS. Dourados (MS), Brasil. E-mail: marciaregina@uems.br

INTRODUÇÃO

A ocorrência de sintomas depressivos em pessoas idosas pode estar relacionada a determinantes biológicos, sociais e psicológicos e ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. Destaca-se que em estudo realizado em Dourados/MS, os sintomas da depressão em idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família foram associados significativamente com déficit cognitivo, declínio funcional e autoavaliação ruim de saúde o que corrobora com outros estudos internacionais.¹

A depressão nos idosos com frequência ocorre acompanhada por déficits cognitivos, o que supõe que há uma forte associação entre essas condições. Os autores indagam algumas questões como “se a depressão causa o declínio cognitivo ou vice-versa; se a idade de início da depressão tem relação com pior prognóstico e risco aumentado para a ocorrência de demência; se a presença de déficits cognitivos em idosos deprimidos seria um primeiro sintoma de demência e se a remissão da depressão ocasionaria também a remissão dos déficits cognitivos”, porém, com o envelhecimento e com as alterações comuns em diferentes áreas da cognição, as pessoas acima de 60 anos queixam-se das dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas. Nesse contexto, o quadro depressivo e as doenças cerebrais degenerativas que afetam a cognição merecem atenção.²

As causas de depressão podem variar desde fatores psicossociais, como condições adversas que podem influenciar o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos, sendo frequentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos.³ Além disso, a prevalência de depressão em populações idosas assistidas pela Atenção Primária, bem como suas implicações clínicas, cognitivas e das atividades de vida diária vem sendo ressaltadas por diferentes pesquisas.³

Em relação ao estado cognitivo, estudos associam a diminuição da capacidade funcional do idoso à presença de doenças, deficiências ou problemas de saúde. Seus resultados também demonstram que a capacidade funcional é influenciada por condições demográficas, socioeconômicas, culturais e psicossociais.⁴

Porém, a idade é um dos determinantes mais importantes do declínio cognitivo. Estudos de base populacional têm mostrado de forma consistente que existe uma piora do desempenho no MEEM com o aumento da

idade. E a escolaridade é um dos fatores que mais determinam o desempenho no MEEM.⁵ Nesse contexto, demência e depressão são os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em idosos. A demência afeta cerca de 5% dos idosos aos 65 anos de idade e cerca de 20% daqueles com 80 anos ou mais, já a depressão tem taxas de prevalência entre 5% e 35%, variando de acordo com o nível de gravidade da doença, e sua prevalência na população acima de 65 anos de idade vivendo na comunidade varia entre 10,3% e 13,5%.⁶

O desempenho de atividades físicas, cognitivas, sociais e organizacionais complexas ou avançadas permite aos idosos serem ativos, produtivos e socialmente envolvidos. Quando as condições de saúde não estão adequadas e a incapacidade funcional compromete suas vidas, começa uma reação em cadeia, sendo o ponto de partida dessa reação, a insatisfação com a própria vida. Dessa forma, o idoso diminui suas chances de usufruir das vantagens da interação social que se associa ao aumento do risco para mortalidade, morbidade, incapacidade física e cognitiva, inatividade e depressão.⁷

Este estudo objetiva:

- Descrever o perfil social e a autopercepção da saúde de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Avaliar a associação entre as variáveis e o estado cognitivo com os itens que compõem a Escala de Depressão Geriátrica.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, realizado na região urbana de Bonito/MS, principal região da serra da Bodoquena, localizada a 330 km da capital Campo Grande/MS. De acordo com o último Censo, dos 19.587 habitantes de Bonito/MS, 1735 (8,8%) eram idosos sendo 943 homens e 792 mulheres.⁸

Bonito/MS conta com quatro ESF urbanas e todas participaram da pesquisa. A população foi composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, assistidas pela ESF. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na prevalência de 34% de idosos com depressão, erro amostral de 9% com intervalo de confiança de 95% sendo estimado em 100 idosos. A técnica de amostragem foi aleatória, simples e estratificada. Foram excluídas as pessoas incapazes de se comunicar e os que se recusaram a participar ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Flores AS, Alvarenga MM.

Avaliação de depressão e déficit cognitivo em...

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2013, por meio de entrevistas domiciliares.

As variáveis sociodemográficas e de saúde abordadas foram: idade (categorizada por faixa etária de 60 a 74 anos e 75 anos e mais); sexo; arranjo familiar (reside sozinho ou acompanhado); renda *per capita* (até um salário mínimo e acima de um) e autoavaliação de saúde (boa, regular ou ruim).

A avaliação cognitiva foi realizada com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para rastreamento do estado cognitivo de idosos, a escolaridade foi considerada para adoção do ponto de corte mais adequado. Este estudo adotou como pontos de corte os escores 19/20 (caso/não-caso) para os idosos analfabetos e 24/25 (caso/não-caso) para os alfabetizados, independentemente dos anos de estudos completos, e categorizou os resultados em normal ou com *déficit* cognitivo.⁹

Os sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG) de 15 itens, que visa rastrear depressão seja no contexto clínico ou em pesquisas.¹ Esta pesquisa adotou como ponto de corte: escores entre 0 e 5 serão categorizados como normal (sem sintomas depressivos) e 06 ou mais pontos como depressão.¹⁰

Os dados coletados foram submetidos a testes estatísticos, sendo utilizado o programa PASW na versão 18.0. Calculou-se o teste qui-quadrado de Pearson para verificar as associações entre as variáveis independentes e as de desfecho (sintomas depressivos e déficit cognitivo). Todos os resultados foram analisados tendo $p < 0,050$ como diferença significativa.

A participação de cada idoso foi autorizada pelo mesmo ou por seu responsável legal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados aprovou o estudo, processo nº 221.318. Este estudo respeitou todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução CNS nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída, predominantemente, por idosos do sexo feminino, que moravam acompanhados, com renda *per capita* até um salário mínimo. Média de 72,6 anos de idade ($dp \pm 8,4$), de 2,8 anos de estudo ($dp \pm 4,4$) e R\$ 726,88 de renda per capita ($dp \pm 748,06$).

Foram identificados 75% de idosos com sintomas depressivos e a tabela 1 destaca que

não houve associação significativa entre as variáveis independentes e a presença de sintomas depressivos.

Ao analisar cada item da EDG, observou-se na tabela 1 que, entre os sexos, houve diferença significativa apenas na questão 14. Mas não letrados responderam de modo afirmativo apenas às questões 08 e 11, e negativamente à pergunta 09. As questões 02 e 09 foram as únicas que mostraram diferença significativa entre as faixas etárias. Em relação à renda per capita, as questões 02 e 10 obtiveram diferenças significativas. E em relação à autoavaliação de saúde as questões que predominaram foram as 02, 03 e 05.

Tabela 1. Itens respondidos da Escala de Depressão Geriátrica por idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família conforme sexo, escolaridade, faixa etária, renda per capita e autoavaliação da saúde. Bonito/MS, 2013

EDG 15 Itens	Sexo		Faixa etária (em anos)				Escolaridade		Renda <i>per capita</i> (em salário mínimo*)			
	Fem	Mas	Valor P	60 a 74	75 e mais	Valor P	Não Letrado	Alfabetizado	Valor P	Até 1	Acima de 1	Valor P
Números de respondentes	64	36		63	37		38	62		80	20	
1. (Não) Sente-se satisfeito com a vida?	01	01	0,677	01	01	0,702	01	01	0,725	01	01	0,286
2. (Não) Interrompeu muitas de suas atividades?	23	36	0,456	32	27	0,029	23	36	0,808	54	05	0,001
3. (Não) Acha sua vida vazia?	11	17	0,669	18	10	0,868	14	14	0,125	24	04	0,375
4. (Não) Aborrece-se com frequência?	12	24	0,677	24	12	0,569	13	23	0,770	30	06	0,532
5. (Não) Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	02	03	0,849	02	03	0,569	02	03	0,925	04	01	1,000
6. (Não) Teme que algo ruim lhe aconteça?	08	18	0,518	19	97	0,216	08	18	0,377	21	05	0,909
7. (Não) Sente-se alegre a maior parte do tempo?	03	07	0,678	05	05	0,369	03	07	0,585	07	03	0,407
8. (Não) Sente-se desamparado com frequência?	08	14	0,968	09	13	0,150	14	08	0,005	20	02	0,150
9. (Não) Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	28	43	0,263	40	31	0,031	31	40	0,068	58	13	0,509
10. (Não) Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	08	10	0,410	11	07	0,855	05	13	0,324	17	01	0,091
11. (Não) Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	01	01	0,677	01	01	0,702	02	00	0,069	02	00	0,477
12. (Não) Vale a pena viver como vive agora?	01	01	0,678	01	01	0,702	01	01	0,725	02	00	0,477
13. (Não) Sente-se cheio de energia?	06	06	0,281	05	07	0,103	03	09	0,325	09	03	0,644
14. (Não) Acha que sua situação tem solução?	08	04	0,019	06	06	0,320	07	05	0,122	11	01	0,284

Flores AS, Alvarenga MM.					Avaliação de depressão e déficit cognitivo em...							
15. (Não) Acha que tem muita gente em situação melhor?	05	14	0,328	48	33	0,110	31	50	0,908	67	14	0,161
Escore Total	46	29	0,237	44	31	0,120	29	45	0,543	63	12	0,083

A tabela 2 avaliou os resultados obtidos pelo MEEM. Observou-se diferença significativa somente para a variável faixa etária (p=0,049).

Tabela 2. Análise univariada entre os determinantes sociodemográficos, autoavaliação de saúde e a presença de *déficit* cognitivo em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Bonito/MS, 2013.

Perfil dos idosos	Déficit Cognitivo		Valor de p
	Não	Sim	
Sexo			
Masculino	13	23	0,178
Feminino	15	49	
Faixa etária (em anos)			
60 a 74	22	41	0,049
75 e mais	06	31	
Renda <i>per capita</i> (em salário mínimo*)			
Até 1	22	58	0,824
Acima de 1	06	14	
Arranjo Familiar			
Acompanhado	18	51	0,526
Sozinho	10	21	
Escolaridade			
Analfabetos	13	25	0,281
Alfabetizados	15	47	

(*) O valor do Salário Mínimo na época da coleta era de R\$ 622,00

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados são semelhantes às observados em estudos populacionais brasileiros, com predomínio do sexo feminino relacionado à maior mortalidade masculina e consequente feminização do envelhecimento, que moram acompanhados, resultados esses que se igualam a outros estudos realizados.¹¹⁻¹²

A feminilização da velhice corrobora com vários outros estudos populacionais. As mulheres geralmente estão mais atentas aos sintomas, possuem maior conhecimento das doenças, expressam melhor os seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde - fatores determinantes que contribuem para o maior percentual de mulheres idosas na população.¹³⁻¹⁴

Além disso, vários estudos debatem o quanto a condição socioeconômica dessa faixa etária afeta seu estado de saúde, pois idosos que possuem baixa renda familiar e baixa escolaridade apresentam piores condições de saúde e os fatores determinantes são: interrupção de atividades devido a problemas de saúde, doenças crônicas e pior função física. Existem evidências de que os idosos mais carentes procuram menos os serviços de saúde, além de possuírem baixa adesão aos tratamentos e têm pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde desses indivíduos. Por sua

vez, essas questões culturais, sociais, econômicas e de saúde remetem à vulnerabilidade social desse idoso.¹⁵⁻¹⁶

Nesse contexto, a utilização de serviços de saúde por idosos é multicausal, pois envolve fatores individuais e estruturais dos serviços oferecidos, assim como fatores do seu próprio convívio social. Assim, identificar os fatores que influenciam essa demanda pode ajudar na proposição de políticas públicas adequadas.¹⁷

Assim, a depressão é considerada um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades. Tal problema causa sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Afeta, principalmente, pessoas de idades avançadas que atingem os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assumem formas não características, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar.¹⁸

Além disso, existem estudos que destacam os sintomas depressivos em idosos associando-os aos declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações, além de considerar que as mulheres podem ser mais vulneráveis à

Flores AS, Alvarenga MM.

depressão, devido ao fato de viverem mais isoladas da sociedade.¹⁹

Em Bonito/MS observou-se que 57% dos idosos entrevistados apresentaram sintomas leves de depressão e apenas 18% apresentaram sintomas graves. Tal resultado é corroborado pelo estudo realizado em Portugal, que verificou que 70,6% dos idosos tinham sintomas leves de depressão, 28,6% não apresentavam qualquer nível de depressão e apenas 0,8% apresentaram depressão do tipo grave.⁽¹⁹⁾ Em Brasília/DF, uma pesquisa avaliou 102 idosos e observou que 50 (49,0%) apresentavam depressão, 37 (36,3%) foram classificados como tendo depressão leve e 13 (12,7%) com tendo depressão severa. Todos esses estudos associaram a depressão dos idosos entrevistados às variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, e as variáveis significantes foram a idade (faixa etária maior de 70 anos) sexo (feminino), baixa escolaridade (menos de quatro anos de estudos) e baixa renda *per capita* (menos de um salário mínimo).²⁰

Uma pesquisa realizada em Passo Fundo/RS, com 151 idosos participantes detectou que a prevalência de depressão, ao aplicar-se a Escala Geriátrica de Depressão, foi de 21,2%. Desses, 17,9% apresentavam diagnóstico de depressão leve a moderada e 3,3% apresentavam depressão severa. Com significância na análise univariada em relação ao diagnóstico de depressão, de acordo com a escala GDS 15, com as variáveis: percepção de saúde, perda familiar, asma, ocorrência de fratura, insuficiência cardíaca, artrite, episódio depressivo referido pelo paciente - em curso ou em alguma época da vida.³

Nos idosos pesquisados no Triângulo Mineiro, em pesquisa que investigou a prevalência de depressão em idosos, conforme perfil sociodemográfico, econômico e morbidades autorreferidas, constatou maiores índices de sintomas depressivos nos idosos do sexo feminino, aqueles com maior número de morbidades e o maior número de incapacidade funcional para AIVD.²¹

Em estudo realizado em Dourados/MS, identificou quatro fatores dentro da Escala de Depressão Geriátrica e que agregaram as seguintes dimensões: apatia/ ansiedade (itens 2, 3, 4, 6, 8, 10 e 15), ânimo/desesperança (questões 11, 12, 13 e 14), infelicidade/desmotivação (itens 1, 5 e 7) e isolamento (questão 9). No mesmo estudo, mais de 70% dos idosos responderam que interromperam muitas de suas atividades (item 2), que preferiam ficar em casa a sair e fazer coisas novas (item 9) e que há muita

Avaliação de depressão e déficit cognitivo em...

gente em situação melhor que a sua (item 15).²²

Em Bonito/MS, os resultados obtidos não foram muito diferentes, pois 44% dos idosos com a faixa etária entre 60 a 74 anos de idade responderam negativamente aos itens 2 e 9. Ainda seguindo esse contexto em que 29% dos idosos são iletrados, houve predominância das respostas negativas no item 9 (Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?). Em relação à renda *per capita* houve mais respostas negativas no item 2 (Interrompeu muitas de suas atividades?).

O isolamento social e a desesperança estiveram mais presentes entre os idosos não letrados, uma vez que foi significativo nas questões 8 (Sente-se desamparado com frequência), 9 (Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?) e 11 (Acha que é maravilhoso estar vivo agora?). A presença de doenças crônicas aumentou de forma significativa o número de idosos que respondeu que temem que algo de ruim possa lhes acontecer, que interromperam muitas de suas atividades e que acham a vida vazia.

O mesmo ocorreu com o estudo realizado em Dourados/MS o qual evidenciou que o isolamento social esteve mais presente entre os idosos iletrados e que a presença de doenças crônicas aumentou de forma significativa o número de idosos que respondeu não se sentir satisfeito com a vida.²³

Em relação aos itens do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) observou-se que os idosos com idade entre 60 a 74 anos foram os que tiveram maior déficit cognitivo. Estudos brasileiros demonstraram que as pessoas mais velhas e com baixo nível educacional apresentaram baixos escores na aplicação do MEEM.²⁴ Outro estudo realizado com pessoas acima de 60 anos de idade, no município do Rio de Janeiro/RJ, diagnosticou 41 idosos como sendo analfabetos e 17 (19,7%) idosos sendo pacientes com demência.⁶

O Projeto Bambuí, desenvolvido em Minas Gerais, entrevistou 1.558 indivíduos, que correspondem a 97% dos participantes da linha de base da coorte. Nesse estudo predominou o sexo feminino (60,1%), idade média de 69 anos, baixa escolaridade (64,8%). Os resultados apresentados demonstravam que os idosos mais velhos (70 anos e mais), sexo feminino, escolaridade mais baixa (inferior a quatro anos) obtiveram baixo escore no MEEM⁽⁵⁾. Esses estudos apontam que idade, escolaridade e sexo feminino estão diretamente associados ao comprometimento cognitivo^(24,5,6).

Em Florianópolis/SC, com 122 idosos entrevistados, verificou-se que 17,4% apresentaram suspeita de depressão, sendo que a prevalência de transtornos cognitivos foi de 9,1%. Dessa forma, ao analisarem a frequência entre presença e ausência de sintomas depressivos e a classificação do MEEM, foram observadas 80,2% de concordância entre as classificações.³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a depressão foi mais prevalente naqueles idosos com idade mais avançada e baixa escolaridade. As questões que mais contribuíram para análise da depressão foram: *interrompeu muitas de suas atividades; acha sua vida vazia; sente-se desamparado com frequência; prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas*. Fatores esses que contribuem para a apatia, a desmotivação e a desesperança dos idosos. Também destacou-se neste estudo, que os idosos mais velhos, com baixa escolaridade e baixa renda tiveram mais dificuldades em responder às questões do MEEM. Demonstraram problema de memória, orientação espacial, linguagem e praxia.

Como limitação deste estudo, ressalta-se que a amostra foi constituída somente por idosos da Estratégia da Saúde da Família de Bonito/MS, não retratando a população total de idosos.

Cabe às equipes das Estratégias da Saúde da Família identificar precocemente os fatores que podem afetar negativamente as condições de saúde, detectar os sinais de depressão e deterioração cognitiva, para promover atividades que contribuam para minimizar ou mudar esse quadro, fazendo com que haja preservação da autonomia e da qualidade de vida dessa parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela ESF. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 20];15(2):217-24. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0oyq7KULZwcJ:revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17850/11645+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
2. Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2006 [cited 2014 Apr 15];28(4):316-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n4/2225.pdf>
3. Borges DT, Dalmolin, BM; Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2012 Apr-June [cited 2013 Jan 20];7(23):[about 5 p]. Available from: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/381/490>
4. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatório. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 20];23(2):218-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/11.pdf>
5. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Mini exame do estado mental entre idosos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2013 May 20];25(4):918-26. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n4/23.pdf>
6. Reys BN dos, Bezerra AB, Vilela ALS de, Keusen AL, Marinho V, Paula E de. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan 15];52(6):401-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a18v52n6.pdf>
7. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibrá. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 15];18(12):3449-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a02v18n12.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2013 Jan 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
9. Santos CS. Avaliação da confiabilidade do Mini Exame do Estado Mental em Idosos e associação com variáveis sociodemográficas. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 15];15(3):406-12. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18879/12189>
10. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 15];25(4):497-503. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>

Flores AS, Alvarenga MM.

Avaliação de depressão e déficit cognitivo em...

11. Viegas K. Prevalência de diabetes mellitus na população de idosos de Porto Alegre e suas características sociodemográficas e de Saúde [tese] [Internet]. Porto Alegre: PUCRS; 2009 [cited 2013 Jan 15]. Available from: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3707/1/000408727-Texto%2bCompleto-0.pdf>
12. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. Perfil Social E Funcional De Idosos Assistidos Pela Estratégia Da Saúde Da Família. Cogitare Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 15];16(3):478-85. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20944/16233>
13. Meireles VC. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde e Sociedade [Internet]. 2007 [cited 2013 Jan 15];16(1):69-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07.pdf>
14. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 15];17(5/6):[about 5 p]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
15. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan 15];19(3):338-42. Available from: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v19/n3/v19n3a14.pdf>
16. Dellaroza MSG, Mattos CAP de, Lebrão ML, Duarte YA. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 15];47(5):914-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0914.pdf>
17. Drago S, Martins R. A Depressão no Idoso. Millenium [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 20];43:79-94. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/5.pdf>
18. Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, Silva DGV, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. Texto Contexto Enferm, [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 15];18(1):155-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a19>
19. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 20];46(6):1387-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>
20. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 15];47(2):401-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/18.pdf>
21. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 15];25(4):497-503. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>
22. Kochhann R, Cerveira MO, Godinho C, Camozzato AL, Chaves MLF. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. Dement Neuropsychol [Internet]. 2009 June [cited 2013 Jan 15];3(2):88-93. Available from: <http://www.demneuropsych.com.br/imageBank/PDF/dnv03n02a03.pdf>

Submissão: 11/10/2015

Aceito: 27/05/2016

Publicado: 01/08/2016

Correspondência

Adriana Sanches Flores

Programa de Pós-Graduação Lato Sensu
Residência Multiprofissional em Saúde, área
de Concentração: Atenção Cardiovascular
Universidade Federal da Grande Dourados
Rua Rita Carolina Farias de Almeida, 250 casa
1

CEP 79822-150 – Dourados (MS), Brasil