

FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ELDERLY PEOPLE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Camila Garcel Pancote¹; Natália Sperli Gerales Sasaki²; Amena Alcântara Ferraz¹; Antônio Caldeira da Silva³; Laura Dante Silva³; Ana Carolina Bordin²; Marília Cristina Prado Louvison³; Elisa Monteiro Coelho⁴; Alexandre Kalache⁴

¹União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)

²Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

³Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP)

⁴Centro Internacional de Longevidade (ILC - Brazil)

[*Autor correspondente: 30148@unilago.edu.br]

Data de publicação: 30 de dezembro de 2025

RESUMO

Este trabalho analisa fatores associados aos sintomas depressivos em idosos. Foi realizado um estudo transversal quantitativo entre agosto de 2019 e março de 2020 com 618 idosos de São José do Rio Preto (SP). Os dados foram coletados por questionário semiestruturado e analisados por estatísticas descritivas, testes de associação e regressão logística. Os sintomas depressivos foram observados em 18,0% dos participantes. Associaram-se à presença de sintomas: renda insuficiente para despesas (OR=2,908; IC95%:1,755–4,821; $p<0,001$), autopercepção de memória regular (OR=2,371; IC95%:1,367–4,112; $p=0,002$) ou ruim/muito ruim (OR=7,703; IC95%:1,293–6,655; $p=0,010$), autopercepção de saúde ruim/muito ruim (OR=2,698; IC95%:1,297–5,611; $p=0,008$), ausência de atividade física leve (OR=1,967; IC95%:1,222–3,164; $p=0,005$) e fragilidade (OR=2,161; IC95%:1,121–4,164; $p=0,021$). Os sintomas depressivos acometem proporção relevante de idosos e associam-se a condições socioeconômicas. Desfavoráveis, percepção negativa de saúde e fragilidade. O rastreamento precoce é fundamental para estratégias de promoção do envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção Primária à Saúde; Depressão; Idosos; Promoção da Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study analyzes factors associated with depressive symptoms in older adults. A quantitative cross-sectional study was conducted between August 2019 and March 2020 with 618 older adults from São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. Data were collected using a semi-structured questionnaire and analyzed through descriptive statistics, association tests, and logistic regression. Depressive symptoms were identified in 18.0% of participants. Factors associated with the presence of symptoms included insufficient income to cover expenses (OR=2.908; 95%IC:1.755–4.821; $p<0.001$), self-perceived memory as fair (OR=2.371; 95%IC:1.367–4.112; $p=0.002$) or poor/very poor (OR=7.703; 95%IC:1.293–6.655; $p=0.010$), self-rated health as poor/very poor (OR=2.698; 95%IC:1.297–5.611; $p=0.008$), lack of light physical activity (OR=1.967; 95%IC:1.222–3.164; $p=0.005$), and frailty (OR=2.161; 95%IC:1.121–4.164; $p=0.021$). Depressive symptoms affect a substantial proportion of older adults and are associated with unfavorable socioeconomic conditions, negative health perception, and frailty. Early screening is essential to guide strategies that promote healthy aging.

KEYWORDS

Primary Health Care; Depression; Older adults; Health promotion; Mental health.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios globais do século XXI, com impactos significativos na saúde, na previdência social e nos sistemas de organização social 1.

No Brasil, esse processo ocorre de forma rápida e heterogênea, exigindo políticas públicas que garantam dignidade, autonomia e qualidade de vida para a população idosa. Dentre os aspectos que influenciam o envelhecimento saudável, a saúde mental é

prioritária devido à sua ligação com a funcionalidade e o bem-estar²⁻³.

Entre os transtornos mentais mais prevalentes nessa faixa etária, a depressão merece atenção especial. Trata-se de uma condição multifatorial resultante da interação entre fatores biológicos, sociais e psicológicos⁴. Em idosos, pode manifestar-se de forma atípica e é frequentemente confundida com o processo natural de envelhecimento, o que contribui para a sua subnotificação⁵. Seus efeitos impactam negativamente a autonomia, a participação social e a qualidade de vida, estando associados ao aumento da fragilidade, da dependência funcional, das hospitalizações e da mortalidade⁶.

A Política Nacional de Saúde para Idosos (PNSI), estabelecida pela Portaria nº 2.528/2006⁷, define a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo central do cuidado a pessoa idosa. Espera-se que esse cuidado seja pautado pela integralidade, longitudinalidade e relacionamento, incluindo ações voltadas para a saúde mental. No entanto, a detecção precoce de sintomas depressivos ainda é limitada na prática diária, seja pelo baixo nível de capacitação das equipes ou pela falta de ferramentas simples e eficazes²⁻³.

Diversos estudos apontam para fatores associados à depressão em pessoas idosas, como baixa escolaridade, isolamento social, condições econômicas desfavoráveis, percepção negativa da saúde e fragilidade⁸⁻¹⁰. No entanto, ainda há uma carência de pesquisas com abordagem populacional local que relacionem esses fatores à realidade da APS brasileira, especialmente em municípios de médio porte.

Diante disso, o presente estudo visa analisar os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos, bem como estimar a prevalência desses sintomas por meio de um estudo transversal, com foco em sua aplicabilidade na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado entre agosto de 2019 e março de 2020 no município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, adequado ao guideline The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Este estudo é parte de uma pesquisa realizada no município de São José do Rio Preto-SP, intitulada "Cidade amiga para todas as idades", em parceria com o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) e Instituição de Ensino Superior União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago).

A amostra foi composta por idosos selecionados por amostragem não probabilística, utilizando estratégias mistas. Inicialmente, foram utilizadas quotas proporcionais por sexo e faixa etária, considerando as dez regiões administrativas do município. Os participantes foram identificados por meio dos registros da rede municipal de saúde. No entanto, devido a dificuldades de localização dos participantes, recusas e à pandemia de COVID-19, parte da amostra foi complementada por meio de recrutamento espontâneo, com divulgação em espaços comunitários. Embora não probabilística, a amostra refletiu o perfil de idade e sexo da população idosa local, conforme o Censo Demográfico.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos de idade ou mais, residentes na área urbana do município e com pontuação mínima compatível no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos aqueles com comprometimento cognitivo grave ou que não consentiram em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada presencialmente por entrevistadores previamente treinados, utilizando um aplicativo digital. O questionário semiestruturado foi elaborado com base nos levantamentos nacionais realizados anteriormente, abrangendo dados sociodemográficos, de saúde, cognição, funcionalidade, suporte social e sintomas depressivos.

Foi utilizada a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-5)¹¹, validada para uso no Brasil. Adotou-se um ponto de corte ≥ 2 para indicar a presença de sintomas depressivos. As Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) foram avaliadas utilizando o Índice de Katz, e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foram avaliadas utilizando a Escala de Lawton e Brody, ambas amplamente utilizadas nos levantamentos SABE 12 e ELSI-Brasil 13. Os instrumentos classificaram a dependência com base na necessidade de ajuda para as atividades.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis, apresentando frequências, médias, medianas e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Na análise bivariada, o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher foram utilizados para variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney foi utilizado para variáveis contínuas. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram incluídas na regressão logística multivariada, conduzida pelo método stepwise. A ausência de colinearidade entre as variáveis independentes também foi verificada.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos aplicáveis a estudos envolvendo seres humanos, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer nº 3.429.122 e CAAE 16552319.0.0000.5489. Os participantes idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após receberem uma explicação detalhada dos objetivos, procedimentos e garantias de confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

A prevalência de sintomas depressivos foi de 18,0%. Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o nível de escolaridade, com uma média menor de anos de estudo entre os idosos com sintomas (5,74; IC 95%: 5,04–6,44) em comparação com aqueles sem sintomas (7,21; IC 95%: 6,74–7,68; $p=0,028$). Os idosos não aposentados apresentaram maior prevalência de sintomas (23,8%; $p=0,017$), assim como aqueles que não eram os provedores financeiros da família (22,8%; $p=0,012$) e aqueles que relataram não ter dinheiro suficiente para cobrir as despesas (37,5%; $p<0,001$) (Tabela 1).

Uma maior prevalência de sintomas depressivos foi encontrada entre idosos que classificaram sua memória como regular (28,9%) ou muito ruim/ruim (48,0%) ($p<0,001$), e entre aqueles que relataram piora da memória em comparação com o ano anterior (37,1%; $p<0,001$). Em relação à autopercepção de saúde, a prevalência foi de 26,0% entre aqueles que a consideraram regular e de 41,8% entre aqueles que a classificaram como muito ruim/ruim ($p<0,001$). Quanto às condições de saúde, a prevalência de sintomas foi maior entre idosos que sofreram quedas no último ano (23,5%; $p=0,017$), que tinham doença crônica (22,6%; $p=0,044$) ou que foram considerados frágeis (30,1%; $p<0,001$). Uma maior prevalência de sintomas também foi observada em idosos com alta vulnerabilidade de acordo com a escala VES-13 (32,3%; $p=0,005$). Em relação aos hábitos de vida, houve uma maior prevalência de sintomas depressivos entre aqueles que não praticavam atividade física leve (25,2%; $p<0,001$), atividade vigorosa (19,7%; $p=0,004$) ou atividade esportiva (18,6%; $p=0,039$), bem como entre aqueles que relataram dificuldade para dormir (22,8%; $p=0,005$) (Tabela 2).

Os fatores associados a uma maior probabilidade de sintomas depressivos foram: não ter dinheiro suficiente para as despesas (OR [razão de chances] = 2,908; IC 95%: 1,755–4,821; $p < 0,001$), autopercepção de memória normal (OR = 2,371; IC 95%: 1,367–4,112; $p = 0,002$) ou muito ruim/ruim (OR = 7,703; IC 95%: 1,293–6,655; $p = 0,010$), autopercepção de saúde muito ruim/ruim (OR = 2,698; IC 95%: 1,297–5,611; $p = 0,008$), não praticar atividade física leve (OR = 1,967; IC 95%: 1,222–3,164; $p = 0,005$) e ser considerado frágil. (OR=2,161; IC 95%: 1,121–4,164; $p=0,021$) (Tabela 3).

Variáveis		Sintomas depressivos		Valor de p
		Sim (%)	Não (%)	
Idade	Média (IC95%)	70,6 (69,23-71,91)	71,2 (70,56-71,89)	0,499*
	Mediana	70	70	
	Mínimo	60	60	
	Máximo	88	96	
Anos de escolaridade	Média (IC95%)	5,7 (5,04-6,44)	7,2 (6,74-7,68)	0,028*
	Mediana	5,00	6,00	
	Mínimo	0	0	
	Máximo	20	40	
Gênero	Feminino	77 (24,6)	315 (80,3)	0,092**
	Masculino	34 (15,0)	192 (85,0)	
Estado civil	Sem parceiro	56 (17,9)	257 (82,1)	0,523**
	Com parceiro	55 (18,0)	250 (82,0)	
Raça/Cor	Branco	84 (18,3)	376 (81,7)	0,421**
	Outro	27 (17,1)	131 (82,9)	
Religião	católico	75 (17,2)	361 (82,8)	0,257**
	Outro	36 (19,8)	146 (80,2)	
Funciona	Sim	31 (17,7)	144 (82,3)	0,511**
	Não	80 (18,0)	363 (82,0)	
Aposentado	Sim	72 (15,9)	382 (84,1)	0,017**
	Não	39 (23,8)	125 (76,2)	
Gestor financeiro familiar	Sim	59 (15,1)	331 (84,9)	0,012**
	Não	52 (22,8)	176 (77,2)	
Dinheiro suficiente para cobrir as despesas	Sim	66 (13,4)	428 (86,6)	<0,001**
	Não	45 (37,5)	75 (62,5)	
Dívida	Sim	36 (20,9)	136 (79,1)	0,144**
	Não	75 (16,8)	370 (83,1)	
TOTAL		111 (18,0)	507 (82,0)	

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos segundo presença de sintomas depressivos, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020. n=618

Legenda: IC95% - Intervalo de Confiança de 95% * Teste de Mann-Whitney; ** Teste qui-quadrado de Pearson;
Fonte: Dados da pesquisa.

Variáveis		Sintomas depressivos		Total	Valor de p
		Sim (%)	Não (%)		
Autopercepção da memória	Muito bom e bom	41 (10,0)	368 (90,0)	409 (66,2)	<0,001**
	Regular	46 (28,9)	113 (71,1)	159 (25,7)	
	Muito ruim/ruim	24 (48,0)	26 (52,0)	50 (8,1)	
Comparação da memória com o ano anterior	Muito bom/bom	19 (11,6)	145 (88,4)	164 (26,5)	<0,001**
	Regular	43 (13,4)	279 (86,6)	322 (52,1)	
	Muito ruim/ruim	49 (37,1)	83 (62,9)	132 (21,4)	
Saúde autopercebida	Muito bom/bom	37 (10,1)	330 (89,9)	367 (59,4)	<0,001**
	Regular	51 (26,0)	145 (74,0)	196 (31,7)	
	Muito ruim/ruim	23 (41,8)	32 (58,2)	55 (8,9)	
Saúde comparada à de outras	Muito bom/bom	58 (14,2)	350 (85,8)	408 (66,0)	<0,001**
	Regular	34 (21,5)	124 (78,5)	158 (25,6)	
	Muito ruim/ruim	19 (39,6)	29 (60,4%)	48 (7,8)	
Outono no último ano	Sim	42 (23,5)	137 (76,5)	179 (29,0)	0,017**
	Não	69 (15,7)	370 (84,3)	439 (71,0)	
Atividade física menos vigorosa*	Sim	48 (13,1)	318 (86,9)	366 (59,2)	<0,001**
	Não	63 (25,2)	187 (74,8)	250 (40,5)	
Atividade física mais vigorosa*	Sim	6 (7,6)	73 (92,4)	79 (12,8)	0,004**
	Não	105 (19,7)	429 (80,3)	534 (86,4)	
Atividade esportiva*	Sim	2 (5,9)	32 (94,1)	34 (5,5)	0,039**
	Não	108 (18,6)	472 (81,4)	580 (93,9)	
Dificuldades para dormir*	Sim	61 (22,8)	207 (77,2)	268 (43,4)	0,005**
	Não	50 (14,3)	299 (85,7)	349 (56,5)	
Doença crônica	Sim	37 (22,6)	127 (77,4)	164 (26,5)	0,044**
	Não	73 (16,1)	380 (83,9)	453 (73,3)	
Fragilidade	Não frágil	17 (9,1)	169 (90,9)	186 (30,1)	<0,001**
	Pré-frágil	34 (14,6)	199 (85,4)	233 (37,7)	
	Frágil	60 (30,1)	139 (69,9)	199 (32,2)	
VES 13	Não vulnerável	71 (15,5)	386 (84,5)	457 (73,9)	0,005**
	Menor grau de vulnerabilidade	29 (22,8)	98 (77,2)	127 (20,6)	
	Maior grau de vulnerabilidade	11 (32,3)	23 (67,7)	34 (5,5)	
Total		111 (18,0)	507 (82,0)	618 (100,0)	

Tabela 2. Saúde mental, condições de saúde e hábitos de vida de idosos, de acordo com a presença de sintomas depressivos, São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020. n=618

Legenda: IC95% - Intervalo de Confiança de 95% *Exclusão dos que não responderam ou não souberam como responder; **Teste qui-quadrado de Pearson;
Fonte: Dados da pesquisa.

Variáveis	sintomas depressivos	
	Valor de p	OR (IC de 95%)
Dinheiro suficiente para cobrir as despesas	Sim	1
	Não	<0,001 2,91 (1,75-4,82)
Autopercepção da memória	Muito bom/bom	1
	Regular	0,002 2,37 (1,37-4,11)
	Muito ruim/ruim	0,010 7,70 (1,29-6,65)
Comparação da memória com o ano anterior	Muito bom/bom	1
	Regular	0,426 0,771 (0,41-1,46)
	Muito ruim/ruim	0,235 1,562 (0,75-2,26)
Autopercepção da saúde	Muito bom/bom	1
	Regular	0,084 1,593 (0,94-2,70)
	Muito ruim/ruim	0,008 2,698 (1,30-5,61)
Atividade física menos vigorosa	Sim	1
	Não	0,005 1,967 (1,22-3,16)
Fragilidade	Não frágil	1
	Pré-frágil	0,403 1,334 (0,679-2,62)
	Frágil	0,021 2,161 (1,121-4,16)

Tabela 3. Fatores associados à presença de sintomas depressivos em idosos, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020. n=618

Legenda: OR = Razão de Chances; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou os fatores associados a sintomas depressivos em idosos e estimou sua prevalência em uma amostra comunitária. A prevalência observada foi de 18,0%, o que está de acordo com estudos nacionais que relatam variações entre 14,5% e 37,2%^{8,14-15}. Os principais fatores associados à presença de sintomas depressivos foram baixa escolaridade, não estar aposentado, não ser responsável pelas finanças familiares e relatar recursos insuficientes para despesas básicas. Esses achados reforçam o impacto das condições socioeconômicas e da autonomia na saúde mental na terceira idade. Além disso,

os sintomas depressivos foram mais prevalentes entre idosos frágeis, com pior percepção de saúde e maior dependência funcional, destacando-se como população prioritária para ações de rastreamento e cuidado¹⁶.

O subdiagnóstico de depressão em idosos, frequentemente confundida com envelhecimento natural, compromete qualidade de vida e aumenta risco de hospitalizações e morte. Identificar seus fatores associados é essencial para subsidiar intervenções na APS, que deve atuar como porta de entrada do cuidado¹⁷⁻¹⁸.

A baixa escolaridade foi associada a uma maior prevalência

de sintomas depressivos. Literatura recente confirma que a baixa escolaridade está associada a uma maior prevalência de sintomas depressivos em idosos, indicando que o acesso reduzido à educação impacta negativamente a saúde mental no envelhecimento¹⁹. Este tema evidencia a importância do acesso a educação como um determinante social da saúde mental no envelhecimento.

Da mesma forma, a ausência de aposentadoria formal e a não participação nas decisões financeiras familiares podem refletir sentimentos de inutilidade social e perda de autonomia, favorecendo o sofrimento psicológico. A exclusão social é um fator desencadeante importante da depressão em idosos²⁰.

As condições econômicas precárias foram outro fator relevante. Aqueles que relataram não ter recursos suficientes para cobrir as despesas apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos. O contexto brasileiro é preocupante: aproximadamente 13% dos idosos vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza²¹. Nesse cenário, a atuação intersetorial entre as políticas de saúde e assistência social é essencial, especialmente com ações territorializadas que fortaleçam os vínculos e as redes de apoio.

A fragilidade física demonstrou ser um fator independente associado a sintomas depressivos e reflete vulnerabilidades multidimensionais, aumentando o risco de declínio funcional e problemas de saúde mental²².

A inatividade física também foi associada a sintomas depressivos, reforçando a importância da promoção de atividades físicas leves e moderadas como estratégia de proteção psicossocial no envelhecimento. Além disso, a atividade física promove a socialização, especialmente entre idosos que vivem sozinhos²³. Nesse sentido, ações comunitárias que incentivam a atividade física desempenham um papel protetor na saúde mental dessas pessoas.

A autopercepção negativa da saúde e da memória esteve fortemente associada a sintomas depressivos, destacando a relevância da percepção subjetiva como ferramenta precoce na identificação de sofrimento psicológico²⁴. O uso da GDS-5 na APS tem se mostrado uma ferramenta eficaz, dada a sua praticidade, baixo custo e sensibilidade diagnóstica. No entanto, sua aplicação só será efetiva se integrada a um modelo de atenção decisiva, com acesso a uma equipe multidisciplinar e ações contínuas de cuidado em saúde mental. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha um papel fundamental, devido à sua

capilaridade territorial e à possibilidade de acompanhamento longitudinal dos usuários²⁵. Além disso, é importante revisar as matrizes curriculares, incorporando maior ênfase em conteúdos voltados para o cuidado do idoso e o uso de instrumentos para identificação de sofrimento psicológico.

O município de São José do Rio Preto tem integrado ações entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como o Grupo de Uso Racional de Medicamentos (GURA), que permite a identificação de idosos que fazem uso crônico de psicotrópicos. Os casos identificados são discutidos por uma equipe multidisciplinar e, quando necessário, encaminhados para atendimento especializado no CAPS. Essa coordenação em rede é essencial para garantir a resolução e a continuidade do cuidado, mas permanece um desafio persistente no SUS.

As principais limitações do estudo referem-se ao delineamento transversal e à amostragem não probabilística, que impedem estabelecer causalidade entre os fatores analisados e os sintomas depressivos, além de restringir a generalização dos achados para outras populações idosas. A combinação de quotas com recrutamento espontâneo pode ter introduzido viés de seleção, favorecendo idosos mais acessíveis ou vinculados a serviços e espaços comunitários, o que pode influenciar tanto a prevalência observada quanto a magnitude das associações. Ademais, a coleta de dados coincidiu parcialmente com a pandemia de COVID-19, potencialmente afetando o recrutamento e o perfil dos participantes, aspectos que devem ser considerados na interpretação dos resultados.

CONCLUSÃO

Os sintomas depressivos afetam uma parcela significativa da população idosa e estão associados a fatores socioeconômicos, percepções negativas de saúde, fragilidade e inatividade física. A Escala de Depressão Geriátrica de 5 Fatores (GDS-5) mostrou-se útil para o rastreio na atenção primária. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais e políticas públicas para promover o envelhecimento ativo, a autonomia e reduzir as desigualdades, contribuindo para a prevenção da depressão na terceira idade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. *Década do envelhecimento saudável: proposta para uma Década do Envelhecimento Saudável 2020–2030*. Genebra: OMS; 2020. 31p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
2. Gimenes Éder R, Dacie MC. *Envelhecimento e inclusão social: a importância das políticas públicas e do serviço social na garantia dos direitos dos idosos*. DCS. 2025;22(80):e2998. <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i80.2998>
3. Torres KRB de O, Campos MR, Luiza VL, Caldas CP. *Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde*. *Physis*. 2020;30(1):e300113. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>
4. Luo M. *Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms: A Twelve-Year Population Study of Temporal Dynamics*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2023;78(2):280-290. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf174>
5. Silva MPGFC, Feitosa PY de O, Silva JEG dos S, Nogueira MF, Rocha FL, Figueiredo DST de O. *Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em pessoas idosas no Brasil*. *Rev bras geriatr gerontol*. 2024;27:e230289. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230289.pt>
6. Mazumder H, Faizah F, Gain EP, Sharmin Eva I, Ferdouse Mou K, Saha N, Rahman F, Das J, Islam AMK, Nesa F, Hossain MM. *Effectiveness of mental health interventions for older adults in South Asia: A scoping review*. *PLoS One*. 2023;18(7):e0287883. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287883>
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde para Idosos*. *Diário Oficial*. 20 de outubro de 2006; Seção 1:138. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.33568>
8. Heidemann R da S, Vilela LF, da Cunha GK, Caldas RG, Salerno PSV, Lorenzet IC, et al. *Prevalence of depressive symptoms and factors associated in the elderly of the city of Pelotas-RS*. *PAJAR*. 2019;7(2):e33568. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.33568>
9. Rocha BL da, Bezerra PC de L, Monteiro GTR. *Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre*. *Rev bras geriatr gerontol*. 2021;24(3):e210034. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>
10. Stieglitz LM, Adams LB, Bärnighausen T, Berghöfer A, Kazonda P, Killewo J, et al. *Depressive symptoms and their association with age, chronic conditions and health status among middle-aged and elderly people in peri-urban Tanzania*. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2023 May; 4:10:e27. <https://doi.org/10.27>
11. Almeida OP, Almeida SA. *Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida*. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. <https://doi.org/10.1590/S0004->

282X1999000300013

12. Lebrão ML, Duarte YA de O, Santos JLF, Silva NN da. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. *Rev bras epidemiol.* 2018;21:e180002. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.2>
13. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev. saúde pública.* 2019;52(Suppl 2):2s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201805200supl2ap>
14. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, et al. Prevalência global de depressão em idosos: uma revisão sistemática e meta-análise de pesquisas epidemiológicas. *Asian J Psychiatry.* 2023;80:103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
15. Jalali A, Ziapour A, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Kalhori RP, et al. Prevalência global de depressão, ansiedade e estresse na população idosa: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMC Geriatr.* 2024;24:809. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05311-8>
16. Torres JL, Castro CMS de, Lustosa LP. Manutenção do trabalho e presença de condições crônicas em idosos comunitários: evidências da Rede Fibra-BH. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(5):1845-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.13302017>
17. Smith R, Meeks S. Screening Older Adults for Depression: Barriers Across Clinical Discipline Training. *Innov Aging.* 2019;3(2):igz011. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz011>
18. Abrantes GG de, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB da, Silva AO, Vasconcelos SC. Depressive symptoms in older adults in basic health care. *Rev bras geriatr gerontol.* 2019;22(4):e190023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>
19. Bortolli TT, Marques NR, Prata GM, Carnaz L. Impacto da renda e escolaridade em indicadores de saúde e funcionalidade em idosos viventes na comunidade. *Cad Pedag.* 2025;22(6):e15626. : <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n6-185>
20. Odone A, Gianfredi V, Vigezzi GP, Amerio A, Ardito C, d'Errico A, Stuckler D, Costa G; Italian Working Group on Retirement and Health. Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e77. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000627>
21. Bagolin IP, Salata A. Incidência de pobreza entre os idosos: 2012-2022. Porto Alegre: Laboratório de Desigualdades, Pobreza e Mercado de Trabalho - PUCRS Data Social; 2022. Disponível em: https://www.pucrs.br/datasocial/wp-content/uploads/sites/300/2023/09/PUCRSDataSocial_Relatorio_Terceiraldade_V2.pdf
22. Lenardt MH, Falcão A de S, Hammerschmidt KS de A, Barbiero MMA, Leta PRG, Sousa RL de. Sintomas depressivos e fragilidade física em pessoas idosas: revisão integrativa. *Rev bras geriatr gerontol.* 2021;24(3):e210013. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210013>
23. Sasaki NSGMS, Louvison MCP, Silva AC, Kalache A, Pancote CG, Santos MLG, et al. The impact of social isolation on a selected group of older brazilians within the context of the covid-19 pandemic. *MOJ Gerontol Geriatr.* 2021;6(3):89-94.
24. Sgueri V dos S, Castro-Costa É de, Loyola Filho AI de. Sintomas depressivos na população idosa brasileira: um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Saúde - 2019. *Ciênc saúde coletiva.* 2025;30(7):e00362024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025307.00362024>
25. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Avaliação da atenção integral para idosos em serviços de atenção primária. *Rev Saude Publica.* 2020;54:6. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>