



Prevalência de sintomas depressivos em idosas de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul

Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul

930

Mayara Chaves Piani¹
Ana Luisa Sant'Anna Alves¹
Juliane Bervian²
Daniela Bertol Graeff³
Julia Pancotte⁴
Marlene Doring⁴
Bernadete Maria Dalmolin⁵

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de sintomas depressivos em idosas e fatores associados a essa patologia. **Método:** Estudo transversal aninhado ao estudo longitudinal do Centro de Referência e Atenção ao Idoso da Universidade de Passo Fundo, RS. Foram aplicados questionários padronizados e pré-codificados com informações sociodemográficas. O desfecho depressão foi aferido através da Escala de Depressão Geriátrica. Para o nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* e o estado nutricional foi avaliado através dos parâmetros do índice de massa corporal. Foi aplicado o Teste qui-quadrado ou o Teste exato de Fischer para verificar a associação entre o desfecho e a exposição. **Resultados:** Foram avaliadas 313 idosas, entre 60 e 89 anos de idade, a maioria (91,3%) pertencia às classes econômicas B e C. A depressão esteve presente em 22 (7,1%) idosas. Na análise bivariada, a depressão esteve associada às idosas de cor não branca (14,6%; $p=0,039$) e às classificadas como insuficientemente ativas (10,6%; $p=0,033$). **Conclusão:** Os resultados indicam a necessidade de incentivar idosos para que façam atividades físicas, no intuito de contribuir para a prevenção da depressão geriátrica.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Saúde do Idoso. Depressão.

Abstract

Objective: To analyze depressive symptoms and factors associated with this pathology among elderly women. **Method:** A cross-sectional study nested in the longitudinal study of the Care and Reference Center for the Elderly of the Universidade de Passo Fundo (Passo Fundo University) in Rio Grande do Sul, Brazil, was carried out. Standardized questionnaires, pre-coded with sociodemographic information, were applied. The Geriatric Depression Scale was used to assess the outcome of depression. The International

Keywords: Aging. Health of the Elderly. Depression.

¹ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Programa de Pós-graduação em Nutrição. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Medicina, Curso de Medicina. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Curso de Enfermagem. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Physical Activity Questionnaire was used to evaluate the level of physical activity and parameters of Body Mass Index were used to assess nutritional status. The chi-squared test or the Fisher exact Test were applied to verify the association between outcome and exposure. *Results:* 313 elderly women were assessed. They were aged from 60 to 89 years, and most (284 - 91.3%) belonged to economic classes B and C. Depression was present in 22 (7.1%) of the elderly women. In bivariate analysis, depression was associated with non-white elderly women (14.6%; $p=0.039$) who were classified as insufficiently active (10.6%; $p=0.033$). *Conclusion:* The results indicate the need to encourage the elderly to perform physical activities to contribute to the prevention of geriatric depression.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual e irreversível, provocando a diminuição das capacidades funcionais nos indivíduos¹ com alterações psicológicas e motoras, além do aumento na prevalência de doenças²⁻⁴. Dentre as doenças, a depressão é destacada na população idosa e sua presença pode levar à incapacidade funcional⁵. No Brasil, mais de 10% da população idosa apresenta quadros depressivos, sendo esse um dos maiores problemas de saúde pública do mundo⁶. Roncon et al.⁷, em um estudo recente, relatam que a depressão foi a patologia que mais afetava a qualidade de vida física e psicológica em idosos.

As mudanças psicológicas, sociais e biológicas, ao longo da vida, podem tornar o idoso vulnerável a desenvolver determinadas patologias. Existe, na literatura, uma relação direta entre as relações sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão⁸.

Os sintomas depressivos envolvem aspectos de natureza biológica, psicológica e social e têm forte impacto funcional na vida de indivíduos de todas as idades. Na velhice, podem estar associados a diversas perdas, tais como: limitação do acesso àquelas atividades que promovem satisfação e bem-estar, além do aumento do risco para o aparecimento e o agravamento de doenças crônicas. O sedentarismo, a obesidade, assim como hábitos de vida prejudiciais à saúde, são fatores de risco para essa população^{9,10}.

Dentre os fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos, destacam-se o sexo feminino^{7,11-15}, a idade avançada^{7,12-15} e o viver sozinho^{7,13,14}. Além das características sociodemográficas, outros fatores

mostram-se associados a maior ocorrência de depressão, tais como: a utilização de medicamentos^{14,15}, as comorbidades^{7,15}, a incapacidade funcional⁷, a percepção negativa de saúde¹² e a inatividade física^{12,15}.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que interferem na qualidade de vida dessa população. Neste contexto, a prática de atividades físicas deve ser incentivada para essa faixa etária, por ser um importante meio de se alcançar esse objetivo, além de trazer benefícios físicos e psicossociais, melhoram a resistência a doenças e ao estresse^{3,16}.

Os grupos de terceira idade, quando bem estruturados, são um exemplo de espaço para a convivência com pessoas da mesma faixa etária e para poderem desfrutar de atividades físicas e cognitivas¹⁶. Ferreira e Barham¹⁷ ressaltam ainda que, quanto menos o indivíduo estiver envolvido em atividades prazerosas, maior a chance de experimentar o desânimo e este evoluir para a depressão.

A alta prevalência de sintomas depressivos e depressão subsindrômica em idosos reforça a importância da investigação científica, por estarem associados a outras doenças médicas e ao risco de evolução para a depressão maior¹⁸. Estudos regionais e de base populacional são necessários para que as variáveis identificadas possam ser abordadas de maneira mais efetiva e imediata pelos gestores de saúde, bem como por toda área de saúde que atende essa população. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de sintomas depressivos em idosas e fatores associados a essa patologia, em um Centro de Referência e Atenção ao Idoso do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com amostra de conveniência, aninhado ao estudo longitudinal do Centro de Referência e Atenção ao Idoso (Elo-Creati). O estudo foi realizado no Creati, que é vinculado à Universidade de Passo Fundo, RS. O Centro oferece oficinas de língua estrangeira, informática, origami, coral, memória e diversas modalidades de atividades físicas.

No município de Passo Fundo residem 21.245 idosos na zona urbana, sendo que 8.685 são homens e 12.560 são mulheres, de acordo com o Censo de 2010¹⁹. No Creati, participam das atividades cerca de 600 idosos. Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres com idade igual ou mais de 60 anos, matriculadas em uma ou mais oficinas, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015 e que concordaram em participar do estudo. Optou-se estudar somente mulheres por serem maioria no Creati e com pelo menos 60 anos para ser caracterizada como idosa, pois nesse Centro, admitem-se pessoas a partir de 55 anos de idade.

Durante um ano, as coletas foram realizadas como estratégia de maior adesão à pesquisa. As idosas foram sensibilizadas sobre a importância do estudo por meio de palestras e cartazes no Centro, sendo abordadas antes e/ou após a realização das oficinas, para não alterar o fluxo de suas atividades no local.

Como característica de um delineamento transversal, os questionários foram aplicados apenas uma vez a cada participante, por dez acadêmicos e três professores da Universidade de Passo Fundo vinculados à pesquisa, distribuídos nos horários em que havia atividades no Centro. Todos os entrevistadores foram previamente treinados e receberam um manual com orientações gerais e sobre cada questão para auxiliar a coleta e a codificação das respostas. Além disso, sempre havia um professor como revisor acompanhando as coletas para eventuais dúvidas dos entrevistadores. Para as coletas, entrevistadores e entrevistados foram dispostos em várias salas de aula para criar um ambiente calmo e silencioso para as coletas, as quais duravam entre 20 e 30 minutos.

Quanto ao tamanho amostral, para um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, razão entre exposto: não exposto (1:1,5) e razão de

prevalência de 2, seria necessária uma amostra de 307 idosas, similar ao número de idosas investigadas. Também foi calculado o poder estatístico para verificar as associações e todas as variáveis de exposição apresentaram poder estatístico superior a 90%.

O desfecho depressão foi aferido através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). O instrumento tem 15 questões com respostas objetivas a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A EDG não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento. As avaliações dos resultados foram feitas da seguinte maneira: pontuação entre 0 e 5 *sem depressão*, e 6 ou mais, *com depressão*²⁰.

As variáveis de exposição foram: *idade, estado civil, cor da pele, classe econômica, índice de massa corporal (IMC) e nível de atividade física*. A classe econômica foi identificada através do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2013²¹. O instrumento é composto por perguntas sobre posse e quantidade de alguns itens como, por exemplo, televisão em cores, rádio, banheiro, entre outros e a escolaridade do responsável pelo domicílio. Após o somatório, classifica-se, de acordo com os pontos de corte, em classe econômica A, B, C, D e E.

O IMC é calculado com base na divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metro elevada ao quadrado (kg/m^2). Os pontos de corte adotados para avaliar o estado nutricional foram os propostos por Lipschitz²²: baixo peso ($<22 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrofia ($22-27 \text{ kg}/\text{m}^2$) e sobrepeso ($>27 \text{ kg}/\text{m}^2$). O valor do peso corporal foi obtido utilizando-se uma balança digital da marca Tanita[®], tipo portátil. Para verificação da estatura utilizou-se um estadiômetro da marca Seca[®], com escala de precisão de 0,1cm.

Para o nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*²³, versão curta. Os níveis de atividade física foram calculados com base nos *Guidelines for Data Processing and Analysis of the IPAQ*, a partir das informações de dias de atividade física, utilizando o valor do equivalente metabólico (MET) correspondente para

atividade, sendo 3,3 MET para caminhadas; 4,0 MET para atividade física moderada e 8,0 MET para atividade física intensa. Desta forma, os indivíduos foram classificados em *insuficientemente ativo* (aqueles que não fazem atividade física ou que não foram incluídos nas demais categorias), *suficientemente ativo* (aqueles que atingiram no mínimo 600 MET) e *muito ativo* (aqueles que atingiram no mínimo 1.500 MET).

Foi calculado o poder estatístico do banco de dados para verificar a associação entre o desfecho e a exposição, todas as variáveis de exposição apresentaram poder estatístico superior a 90%. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão e para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas simples. Foi aplicado o Teste qui-

quadrado ou o Teste exato de Fischer para verificar a associação entre o desfecho e a exposição.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o parecer nº 741.214. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram investigadas 313 idosas entre 60 e 89 anos, com média de idade de 69,24 ($\pm 6,85$) anos, sendo que 292 (93,3%) idosas tinham menos de 80 anos; 195 (62,3%) não tinham companheiro; 262 (84,5%) referiram ser de cor de pele branca e 284 (91,3%) idosas pertenciam às classes econômicas B e C (tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características demográficas e socioeconômicas de idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
60 a 69	179 (57,2)
70 a 79	113 (36,1)
80 a 89	21 (6,7)
Estado civil*	
Divorciado/Separado	37 (11,8)
Viúvo	117 (37,4)
Casado	114 (36,4)
União estável	4 (1,3)
Solteiro	41 (13,1)
Cor da pele**	
Branco	262 (84,5)
Pardo	33 (10,6)
Preto	10 (3,2)
Indígena	1(0,3)
Amarelo	4 (1,3)
Classe econômica***	
A	17 (5,5)
B	162 (52,1)
C	122 (39,2)
D	10 (3,2)

*n=313 (respostas válidas); **n=310 (respostas válidas); ***n=311 (respostas válidas).

Quanto ao estado nutricional, foi identificado que 46 (15,8%) idosas estavam com baixo peso e 92 (31,5%) estavam com excesso de peso. Os níveis de atividade física *suficientemente ativo* e *muito ativo* foram encontrados em 181 (57,9%) das idosas, grande parte devido às oficinas oferecidas no

Centro. A depressão esteve presente em 22 (7,1%) idosas (tabela 2).

Na análise bivariada, a maior prevalência de depressão esteve associada às idosas de cor não branca (14,6%; $p=0,039$), sendo classificadas como *insuficientemente ativa* (10,6%; $p=0,033$) (tabela 3).

Tabela 2. Descrição do estado nutricional, nível de atividade física e depressão em idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	n (%)
Índice de massa corporal*	
Baixo peso	46 (15,8)
Eutrófico	154 (52,7)
Excesso de peso	92 (31,5)
Nível de atividade física**	
Insuficientemente ativo	132 (42,2)
Suficientemente ativo	147 (47,0)
Muito ativo	34 (10,9)
Escala de Depressão Geriátrica***	
Sem depressão	288 (92,9)
Com depressão	22 (7,1)

*n=292 (respostas válidas); **n=313 (respostas válidas); ***n=310 (respostas válidas)

Tabela 3. Descrição da associação entre depressão e características demográficas, socioeconômicas, estado nutricional e nível de atividade física de idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	Depressão		p-valor [†]
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade (anos)*			0,551
60 a 69	162 (91,5)	15 (8,5)	
70 a 79	107 (94,7)	6 (5,3)	
80 a 89	19 (95,0)	1 (5,0)	
Estado civil*			0,216
Com companheiro	178 (91,8)	16 (8,2)	
Sem companheiro	110 (94,8)	6 (5,2)	
Cor da pele**			0,039 [■]
Branco	244 (94,2)	15 (5,8)	
Não branco	41(85,4)	7 (14,6)	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Depressão		<i>p</i> -valor [□]
	Sim n (%)	Não n (%)	
Classe econômica***			0,081
Classes A e B	168 (94,9)	9 (5,1)	
Classes C e D	118 (90,1)	13 (9,9)	
Índice de massa corporal [•]			0,640
Baixo peso	44 (95,7)	2 (4,3)	
Eutrófico	140 (92,1)	12 (7,9)	
Excesso de peso	83 (91,2)	8 (8,8)	
Nível de atividade física*			0,033 [■]
Insuficientemente ativo	118 (89,4)	14 (10,6)	
Suficientemente ativo e muito ativo	170 (95,5)	8 (4,5)	

*n=304 (respostas válidas); **n=301 (respostas válidas); ***n=302 (respostas válidas); •n=283 (respostas válidas); [□]Teste qui-quadrado;[■]Teste Exato de Fisher.

935

DISCUSSÃO

No presente estudo, ao caracterizar os dados socioeconômicos e demográficos da amostra, foi possível evidenciar a maioria formada por idosas jovens. Em estudos dirigidos para essa faixa populacional, são frequentes amostras formadas apenas por mulheres ou, quando as amostras são mistas, é comum que o número de mulheres seja superior ao número de homens^{4,7,11,13}. Esses achados reforçam o fato de que as mulheres vivem, em média, mais que os homens e que um maior número de mulheres frequentam programas específicos para o público idoso^{2,11-15,24}.

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra estudada (62,3%) não possuía companheiro, ou seja, era solteira, divorciada ou viúva. Estudos referem que a população idosa vive sem companheiro²⁵ e, no Paraná²⁶, verificou-se que aproximadamente 34% dos entrevistados eram viúvos. Na faixa etária de 80 anos de idade ou mais, esse número sobe para 63%, aproximadamente^{7,13,27}. Verifica-se que a mulher, em comparação ao homem ao enfrentar a viuvez, é menos propensa a buscar uma nova união²⁶.

Em relação à condição financeira do grupo estudado, o fato de a maioria das idosas pertencer às classes econômicas B e C é característico do Brasil, porque a situação financeira no país muda com a aposentadoria, ocorrendo um declínio social e de moradia, diminuindo o papel produtivo, o que pode ocasionar diminuição de *status*^{2,12,24,28}.

Com relação à prevalência de depressão nesse grupo de idosas, apenas 22(7,1%) apresentaram depressão, menos da metade da prevalência encontrada nos trabalhos de Oliveira et al.²⁶ (24,2%) e Borges et al.¹² (17,4%), e ambos realizados com idosos residentes em seu ambiente familiar. Outro estudo realizado em Passo Fundo, RS, por Borges e Dalmolin²⁹, avaliando 151 idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família, utilizando o mesmo instrumento de coleta, EDG, verificou que 18,0% apresentaram depressão leve e 3,3% depressão severa, resultados superiores aos encontrados neste estudo. Casagrande et al.¹⁶, avaliando um grupo de idosos, apontaram que apenas 12,0% dos entrevistados apresentaram sintomas de depressão. Esse resultado se assemelha ao encontrado nesta pesquisa, o que sugere uma reduzida prevalência de depressão em idosos pertencentes a grupos específicos, provavelmente,

por serem mais ativos socialmente, culturalmente e fisicamente^{4-6,12}. Além disso, atividades de educação em saúde realizadas em grupos são recursos que permitem a aproximação entre os profissionais e os receptores do cuidado, além de contribuírem para o oferecimento de informações com pessoas que estão passando pela mesma experiência, tendo um espaço para expressar seus sentimentos, dúvidas, ansiedades e obter respostas aos questionamentos¹.

Neste contexto, prevalência elevada foi verificada por Suassuna et al.²⁸ em idosos de um ambulatório geriátrico, onde 53,0% da população estudada apresentaram sintomas depressivos, apresentando um maior comprometimento de saúde quando comparados com idosos da comunidade.

Estudos nacionais relacionados à prevalência de depressão em idosos costumam identificar divergências quando analisados com estudos internacionais. A esse fato, pode-se atribuir as diferentes metodologias de aferição nos estudos, além das possíveis diferenças sociodemográficas observadas em cada país^{9,13,19}.

A depressão em idosas é um problema de âmbito mundial e evidencia a necessidade de estudos que identifiquem os fatores associados a esse problema de saúde pública. Saliente-se ainda, que estudos transversais com associações devem ser avaliados com cautela pela grande variabilidade de critérios metodológico utilizados^{5,8,12-14,24,30}.

Quanto ao estado nutricional do grupo estudado, os resultados mostraram que 92 (31,5%) das idosas estavam com excesso de peso. Duarte e Rego³¹ avaliaram 1.120 idosos, sendo que 19,0% apresentaram baixo peso, mais da metade (54,0%) foi classificada como eutrofia³¹. Magro et al.³² encontraram 50,0% das idosas com excesso de peso. Andrade et al.³³ verificaram a prevalência de excesso de peso e obesidade alta, sendo 41,8% e 23,4%, respectivamente. Os resultados do presente estudo mostraram que a maioria das idosas pesquisadas (n=181; 57,9%) faziam atividades físicas, sejam elas consideradas como *muito ativas* ou *suficientemente ativas*, o que pode ter colaborado com a baixa frequência relativa de excesso de peso comparado aos outros estudos³⁻⁵.

No entanto, quando a análise bivariada foi realizada, os dados mostraram que a depressão

esteve associada às idosas classificadas como *insuficientemente ativa* ($p=0,033$). Isso reforça que a inatividade física pode contribuir com o aumento dos níveis de depressão em indivíduos idosos. A relação entre exercício físico, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente por profissionais de diferentes áreas^{3-6,24,28}.

Dados da Vigitel³⁴ mostram que 51,7% das mulheres com mais de 65 anos de idade não praticam atividades físicas. Silva et al.³⁵ ao compararem atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e ativos relatam que idosos praticantes de exercícios físicos possuem melhor qualidade de vida. Ferreira et al.³⁶ ressaltam que a prática de exercício físico regular colabora para prevenção da depressão.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos contribui para uma melhor qualidade de vida dessa população. A prática de atividades físicas na terceira idade é um meio de alcançar esse objetivo, proporcionando uma melhora psicossocial³, diminuir ocorrência de sintomas depressivos, elevar a autoestima e motivação⁵, além de reduzir os efeitos do envelhecimento e prevenir doenças coronarianas e degenerativas⁴.

Portanto, conhecer as características dessa amostra de idosas ativas e as associações com a depressão pode alertar e agregar conhecimentos para possibilitar melhor aprofundamento acerca dessa temática, já que é uma parcela diferenciada da população envelhecida, que vive de forma ativa, diferente de cenários de idosos institucionalizados ou restritos ao lar. Uma limitação do estudo pode ser referida por tratar-se de um estudo transversal onde existe a possibilidade de viés de memória, uma vez que, as variáveis investigadas ocorreram no passado.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam uma pequena prevalência de depressão na amostra investigada, sendo maior entre as idosas com menor nível de atividade física e de cor não branca. Esses achados sugerem que é relevante o fato de as idosas serem ativas, neste caso, fazerem parte de um Centro de Referência e Atenção ao Idoso.

Considerado ainda que, no Brasil, as condições de assistências à saúde, previdenciárias e sociais são precárias, a maioria dessas responsabilidades são transferidas para o próprio idoso, provocando sentimentos de medo e preocupação. Neste

sentido, cada vez mais se verifica a importância do planejamento, por parte dos profissionais da saúde e dos programas com ações direcionadas a essa população que estará em crescimento considerável nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Guia global cidade amiga do idoso. Genebra: OMS; 2008.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 04 jul. 2016]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
3. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fís.* 2010;16(4):1024-32.
4. Souza WC, Mascarenhas LPG, Grzelczak MT, Tajes Junior D, Brasilino FF, Lima VA. Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade. *Saúde Meio Ambiente.* 2015;4(1):55-65.
5. Meurer ST, Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2012;34(3):683-95.
6. Mazo GZ, Krug RR, Virtuoso JF, Streit IA, Benetti MZ. Autoestima e depressão em idosos praticantes de exercícios físicos. *Kinesio.* 2012;30(1):188-99.
7. Roncon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicol Teor Pesqui.* 2015;31(1):87-96.
8. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(2):122-31.
9. Siqueira DGB, Souza RKT, Mesas AE, Santos HG, Bortoletto MSS. Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional. *Rev Nutr.* 2015;28(5):485-96.
10. Fauziana R, Jeyagurunathan A, Abdin E, Vaingankar J, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Body mass index, waist-hip ratio and risk of chronic medical condition in the elderly population: results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) Study. *BMC Geriatr.* 2016;16:125.
11. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1137-43.
12. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):701-10.
13. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised. *Referência.* 2015;4(4):41-9.
14. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):1-7.
15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):497-503.
16. Casagrande GHJ, Monique FS, Carpes PBM. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosos que frequentam grupos de terceira idade *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2013;10(1):52-65.
17. Ferreira HG, Barham EJ. O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(3):579-90.
18. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(5):712-26.
19. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Censo Demográfico 2010. Passo Fundo: PMPF [acesso em 11 out. 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431410&search=rio-grande-do-sul|passo-fundo>
20. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP [acesso em 1 jan. 2014]. Disponível em: <http://crq.abep.org/Login.aspx?ReturnUrl=%2f#>

22. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
23. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): short and long forms [Internet]. IPAQ Web site: IPAQ group; 2005 [acesso em 10 ago. 2016]. Disponível em: www.institutferran.org/.../scoring_short_ipaq_april04.pdf
24. Aguiar AMAD, Marques APDO, Silva ECD, Costa TRD, Ramos RDSPD, Leal MCC. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):853-66.
25. Silva SPZ, Marin MJS, Rodrigues MR. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):42-8.
26. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2191-8.
27. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):1230-8.
28. Suassuna PD, Veras RP, Lourenço RA, Caldas CP. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):643-50.
29. 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*. 2012;7(23):75-82.
30. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7.
31. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):691-700.
32. Magro M, Rodrigues MGG, Hack J, Dal Santos M, Chiconatto P, Melhem ARF, et al. Estado nutricional de idosas e variáveis associadas com o recebimento de benefício social. *Rev Ciênc Saúde*. 2013;6(2):110-7.
33. Andrade FB, Caldas Júnior AF, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade TB. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):749-56.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
35. Da Silva MF, Goulart NBA, Lanferdini FJ, Marcon M, Dias CP. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):634-42.
36. Ferreira L, Roncada C, Tiggemann CL, Dias CP. Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. *Conscientiae Saúde*. 2014;13(3):405-10.

Recebido: 23/11/2015

Revisado: 30/05/2016

Aprovado: 21/10/2016