




Sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS

Anxious and depressive symptoms in older adults treated by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS

Amanda Gonçalves Torres¹ 

Kenio Costa de Lima² 

Alberto Mesaque Martins¹ 

Arthur de Almeida Medeiros¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, e seus fatores associados, em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande/MS, Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal, com amostragem probabilística aleatória simples estratificada proporcional, na qual foram aplicados instrumentos de caracterização da amostra, de avaliação da multimorbidade e da funcionalidade, além do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para o rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos. A razão de prevalência (RP), e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), foi estimada por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Participaram do estudo 249 pessoas idosas e a prevalência de sintomas depressivos foi de 23,29% (IC95% 18,42-28,98) e de sintomas ansiosos foi de 22,09% (IC95% 17,33-27,20). A presença de sintomas depressivos esteve associada à idade, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e uso de medicamentos. Quanto à presença de sintomas ansiosos, esteve associada ao sexo, estado civil, prática de atividade física, autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade. **Conclusão:** O adoecimento psíquico deriva-se de vulnerabilidades sociais e condições de saúde física em que as pessoas idosas estão imersas. A população idosa de áreas rurais necessita de visibilidade e cuidados em saúde mental pela Estratégia Saúde da Família, de modo que a elaboração de políticas públicas para essa população, com foco na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, é uma ação necessária.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Mental. Estratégia de Saúde Nacionais. Atenção Primária à Saúde. Zona Rural.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Instituto Integrado de Saúde. Campo Grande, MS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect) [Processo: 71/011.156/2022]. Bolsa de Mestrado a Amanda Gonçalves Torres.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Amanda Gonçalves Torres
amandagt2010@hotmail.com

Recebido: 13/02/2024
Aprovado: 11/06/2024

Abstract

Objective: To identify the prevalence of anxious and depressive symptoms, and associated factors, in older adults treated by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS. **Method:** A cross-sectional study with proportional stratified simple random probabilistic sampling was conducted. Instruments were applied to characterize the sample and assess multimorbidity and functioning, in addition to the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and the Depression Scale Geriatric (GDS) for screening depressive and anxious symptoms. The prevalence ratio (PR), and respective 95% confidence interval (95%CI), was estimated using Poisson Regression with robust variance. **Results:** 249 older adults participated in the study. The prevalence of depressive symptoms was 23.29% (95%CI 18.42-28.98) and anxiety symptoms was 22.09% (95%CI 17.33-27.20). The presence of depressive symptoms was associated with age, marital status, physical activity, self-rated health status, and medication use. The presence of anxious symptoms was associated with gender, marital status, physical activity, self-rated health status, and the presence of multimorbidity. **Conclusion:** Mental illness stems from social vulnerabilities and physical health conditions to which older adults are exposed. The older population in rural areas needs greater visibility and mental health care through the Family Health Strategy, calling for the development of public policies for this population focusing on health promotion, prevention, and rehabilitation.

Keywords: Aged. Mental Health. National Health Strategies. Primary Health Care. Rural Area.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer ocorre de forma gradativa em pessoas que moram em áreas urbanas e rurais, contudo, existem aspectos que diferenciam tal processo, em ambos os contextos¹. As pessoas idosas da zona rural podem se deparar com vulnerabilidades devido às dificuldades que possuem, típicas do espaço rural. É recorrente que existam limitações relacionadas aos meios de transporte, ao acesso à saúde e aos demais recursos sociais, entre outras dificuldades que podem existir em decorrência das formas possíveis de existência e subsistência nesses ambientes, o que pode gerar grandes impactos na saúde mental dessa população^{2,3}.

Apesar das limitações expostas, a população idosa que reside em áreas rurais apresenta menos doenças e maior qualidade de vida em relação às pessoas idosas que vivem em regiões urbanas, pois conseguem ter rotinas mais ativas, apresentar mais autonomia, maior contato com a natureza, menos exposição à poluição existente em áreas urbanas, tendo relações sociais e com o meio ambiente que favorecem um envelhecimento mais saudável, o que pode configurar fator protetivo a saúde mental dessa população^{3,4}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se faz presente nas áreas urbanas e rurais, e possui papel importante no acompanhamento das mudanças que ocorrem durante a senescência, especialmente em relação ao cuidado à saúde física e mental das pessoas idosas residentes nas áreas rurais, pois esta possui a responsabilidade de praticar e aplicar as políticas públicas direcionadas a essa população, garantindo ações de promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde, contribuindo para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida².

No Brasil, estudos apontam para a alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre a população idosa, trazendo prejuízos à saúde mental e ao bem-estar na velhice, incluindo limitações na sociabilidade e nas interações sociais. De modo geral, os sintomas ansiosos incluem irritabilidade, cefaleia, inquietação, taquicardia, sudorese e tremores, por exemplo. Já os sintomas depressivos incluem tristeza, desânimo, isolamento social, alterações no apetite e no sono, perda de interesse pela vida, entre outros^{1,5}. Importante destacar que a presença desses sinais e sintomas, por si só, não é indicativo que a pessoa tenha algum transtorno mental, uma vez que para tal diagnóstico há a necessidade de investigação clínica especializada.

É apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que há 1.678,436 pessoas idosas com Transtorno Depressivo Maior no país, das quais 11 mil são residentes em Campo Grande, MS, Brasil⁶. No Brasil, tratando-se da população idosa que reside em áreas rurais, há alto índice de prevalência do diagnóstico dessa condição.

Estudos realizados em diferentes regiões do país, como Rio Grande do Sul e Minas Gerais, enfatizam que 8,1% e 22%, consecutivamente, da população idosa que reside em áreas rurais apresentam prevalência de sintomas depressivos^{7,8}. Já outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, encontrou níveis menores, mas ainda semelhantes de sintomas depressivos, sendo apontado que 7,1% das pessoas idosas convivem com tais sintomas e que 9,2% convivem com sintomas ansiosos, entre aquelas que vivem em áreas rurais⁹. Importante pontuar que cerca 47,5% da população idosa que possui diagnóstico de transtorno depressivo possui o diagnóstico de transtorno de ansiedade⁵. Em relação aos Transtornos de Ansiedade, o país ocupa o primeiro lugar com maior prevalência em todo o mundo, em que 9,3% da população apresenta tal diagnóstico, com um total de cerca de 18,6 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias¹⁰.

Apesar da existência de estudos e pesquisas apontando dados direcionados ao rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos, pouco se tem produzido cientificamente a respeito da prevalência de tais sintomatologias em pessoas idosas residentes em áreas rurais. E, ao realizar buscas nos bancos de dados, identificou-se que não existem estudos desta temática conduzidos em Mato Grosso do Sul.

Esta pesquisa justifica-se pela importância do rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos nesse público, visto que tais sintomas podem ocasionar prejuízos sociais, psicológicos e físicos, como a perda da autonomia, liberdade, agravamento de doenças crônicas, isolamento social, entre outros¹; e pela necessidade de direcionar pesquisas às pessoas idosas que residem em áreas rurais, para que recebam visibilidade, tenham suas necessidades em saúde mental identificadas e que possam ter seus direitos garantidos, especialmente os direitos expostos em Políticas Públicas de Saúde existentes para oferecer

o cuidado adequado a essa população. O saber construído poderá subsidiar técnicos e gestores para a definição de estratégias eficazes, eficientes e resolutivas para atenção à saúde dessa população.

Com isso, o objetivo geral da presente pesquisa foi identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, e seus fatores associados, em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família em áreas rurais de Campo Grande, MS, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa transversal realizada no período de janeiro a junho de 2023, com as pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família residentes na área rural de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, direcionada ao rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos.

Foram incluídas neste estudo pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, residentes em áreas rurais de Campo Grande, MS, Brasil, e que respondessem de forma autônoma e independente aos instrumentos utilizados na pesquisa.

A amostra foi calculada considerando o total de pessoas idosas residentes na área rural e registrada na sua respectiva USF (946 pessoas), margem de erro de 5%, frequência de 22% - referente à prevalência de sintomas depressivos na população idosa rural, conforme apresentado no estudo de Ferreira e Tavares⁸, e nível de confiança de 95%.

O resultado indicou uma amostra mínima necessária de 207 pessoas e, para possibilitar análise com múltiplas associações, foi acrescido 20%, o que resultou em uma amostra final de 249 pessoas.

Procedeu-se uma amostragem probabilística aleatória simples estratificada proporcional, que considerou as quatro unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em áreas rurais de Campo Grande/MS. Foram incluídas 13 pessoas (5,22%) da USF Dr. Roger A. Buainain (Rochedinho), 32 pessoas (12,85%) da USF Manoel Cordeiro (Aguão), 44 pessoas (17,67%) da USF Dra. Maria José de Pauli (Três Barras) e 160 pessoas (64,26%) da USF Dr. Bento Assis Machado (Anhandu).

Com base nos registros fornecidos pelas unidades de saúde, foi realizado o sorteio de maneira aleatória por meio de software estatístico. Nos casos em que a pessoa sorteada não consentiu com sua participação, a próxima pessoa da lista sorteada foi convidada a participar do estudo, de modo que, ao final, foram incluídas o número total de pessoas previstas no cálculo amostral.

O resultado do sorteio dos participantes foi apresentado à equipe de cada USF de modo que cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) pudesse identificar as pessoas sorteadas em sua área e assim fosse possível realizar as visitas aos domicílios.

No momento da visita domiciliar, o ACS apresentou a equipe de pesquisadores à pessoa sorteada, e então foi explicado acerca da pesquisa e seus objetivos. As pessoas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, na sequência, foi dado seguimento à pesquisa, sendo iniciada a aplicação dos instrumentos.

Nos casos em que a pessoa sorteada não consentiu com sua participação ou não estava em seu domicílio,

a próxima pessoa idosa da lista foi elencada, visto que o sorteio foi realizado com um número maior do que o número da amostra, levando em consideração que poderia haver desistência ou recusa com relação à participação da pesquisa.

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista em que a pesquisadora realizava a leitura de cada questão e as respectivas opções de resposta e, na sequência, após a resposta da pessoa entrevistada, realizou-se o adequado registro no instrumento de pesquisa.

Foi aplicado instrumento para caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos participantes, e as variáveis incluídas, sobre idade, sexo, raça/cor da pele, estado civil, escolaridade, renda individual, se pratica alguma religião, se realiza alguma atividade de lazer, se realiza alguma atividade física ou esportiva, se é fumante, se faz uso de bebida alcoólica, sobre autoavaliação do estado de saúde, se faz uso de algum medicamento e se tem dor crônica; bem como as estratégias de categorização utilizadas, estão descritas no Quadro 1. Para viabilizar a análise inferencial, algumas variáveis foram recategorizadas.

Quadro 1. Descrição das variáveis do estudo e estratégias de adaptação do modelo de análise. Campo Grande, MS, 2023.

Variáveis	Categorização Inicial	Recategorização
Idade (em anos)	60 – 69 70 – 79 80 ou mais	60 – 79 80 mais
Sexo	Masculino Feminino	-
Raça/Cor da pele	Branca Pardos Amarelo Pretos Indígena	Branca Negros (Pardos e Pretos)
Estado Civil	Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável Separado	Solteiro Casado ou União Estável Divorciado ou Separado Viúvo

continua

Continuação do Quadro 1

Variáveis	Categorização Inicial	Recategorização
Escolaridade (em anos)	Nenhuma De 1 a 3 De 4 a 7 8 ou mais	-
Renda individual (em salários-mínimos - SM)	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM 3 SM ou mais	Sem Renda Até 1 SM 1 SM 2 SM ou mais
Pratica alguma religião	Sim Não	-
Realiza alguma atividade de lazer	Sim Não	-
Realizada alguma atividade física ou esportiva	Sim Não	-
É fumante	Sim Não	-
Faz uso de bebida alcoólica	Sim Não	-
Autoavaliação do estado de saúde	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Muito bom ou Bom Regular Ruim ou Muito ruim
Faz uso de algum medicamento	Sim Não	-
Tem dor crônica	Sim Não	-

Multimorbidade é entendida como a presença de duas ou mais condições crônicas de saúde e, para a identificação dessa condição na população analisada, utilizou-se formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autorreferidos, elaborado a partir dos resultados apontados pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade – GBEM¹¹. Considerando que os desfechos principais do presente estudo são os sintomas depressivos e ansiosos, e para evitar colinearidade, não foram consideradas depressão e problemas do humor para identificação de multimorbidade. A variável foi categorizada em sim/não.

A avaliação do nível de funcionalidade aplicou o Índice de Katz, o qual avalia os aspectos relacionadas às atividades básicas de vida diária (ABVD) da pessoa por meio de seis atividades¹². A pontuação

final classifica a pessoa em independente, quando não precisa de ajuda em nenhuma atividade (score 0); dependente leve/moderado, quando precisa de ajuda em alguma atividade (score entre 1 e 3); e dependente quando tem necessidade de maior ajuda para realizar suas atividades (score entre 4 e 6). Para realização de análise estatística inferencial, a variável foi categorizada em independente (score 0) e dependência (score entre 1 e 6).

O rastreio da presença de sintomas ansiosos e depressivos foi realizado a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) e do Inventário de Ansiedade Geriátrica (*Geriatric Anxiety Inventory - GAI*), sendo ambos os instrumentos validados após a tradução e adaptação transcultural para a aplicação em âmbito brasileiro, e realizada uma análise minuciosa dos itens presentes.

Sendo assim, tais instrumentos são considerados métodos com propriedades psicométricas confiáveis e eficazes para rastreamento de tais sintomatologias em pessoas idosas¹³⁻¹⁶.

Nesta pesquisa, foi utilizado o GDS com 15 questões dicotômicas, entre as quais as questões 1, 5, 7, 11 e 13 pontuam um se forem respondidas com “não” e as questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 pontuam um se forem respondidas com “sim”. O ponto de corte para identificar sintomas depressivos na população idosa é igual ou maior que 6 pontos¹³.

O GAI é composto por 20 questões dicotômicas, em que as respostas “sim” são pontuadas com um ponto e estabeleceu-se como ponto de corte para identificar sintomas ansiosos nas pessoas idosas a pontuação igual ou superior a 13 pontos^{14,15}.

Os dados foram compilados, e procedeu-se análise estatística descritiva com apresentação dos resultados pelos valores absolutos e relativos. Para apresentação da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, também foi calculado o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para a identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos e ansiosos, aplicou-se Regressão de Poisson com variância robusta. Foi realizada análise bivariada para estimar a razão de prevalência (RP), o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e o nível de significância e, na sequência, foi conduzida análise multivariada, pelo método Forward, na qual foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,200$.

Para cada desfecho, foram calculados dois modelos finais, um considerando apenas os preditores com nível de significância de 5%, e outro ajustado pela idade, sexo e renda.

O modelo final utilizado foi aquele com melhor ajuste considerando os parâmetros Deviance, Akaike Information Criterion (AIC), Bayesian Information Criterion (BIC) e a área sob a Curva ROC.

Diante das implicações éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos, a coleta de dados foi

iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), conforme parecer nº 5.722.052, de acordo com o que dispõe a Resolução CONEP/CNS nº 466/2012.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no Figshare e pode ser acessado em dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.25854001.

RESULTADOS

Participaram do estudo 249 pessoas, das quatro unidades de saúde incluídas na pesquisa, com uma maior proporção na faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo feminino, autodeclaradas pardas e casadas. A média de idade dos participantes foi de 71,46 (IC95% 70,52–72,40) anos. As demais características sociodemográficas e epidemiológicas dos participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

A prevalência de sintomas depressivos na população do estudo foi de 23,29% (IC95% 18,42–28,98) e de sintomas ansiosos de 22,09% (IC95% 17,33–27,20).

Em relação à presença de sintomas depressivos, a análise bivariada demonstrou associação com a idade, a escolaridade, a renda individual, a prática de atividade física, a autoavaliação da condição de saúde, o uso de medicamento, a presença de dor crônica, de multimorbidade e de dependência funcional. Na análise multivariada, o modelo final com os melhores parâmetros foi aquele ajustado pela idade, sexo e renda, o qual evidenciou que a maior prevalência de sintomas depressivos esteve associada com a idade, o estado civil, a prática de alguma atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e o uso de algum medicamento. A Tabela 2 apresenta os resultados das análises realizadas para o desfecho presença de sintomas depressivos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e epidemiológicas das pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural de Campo Grande, MS, 2023.

Variáveis	n (%)
Idade em anos	
60 – 69	113 (45,38)
70 – 79	97 (38,96)
80 ou mais	39 (15,66)
Sexo	
Masculino	107 (42,97)
Feminino	142 (57,03)
Raça/Cor da pele	
Branca	89 (35,74)
Pardos	127 (51,00)
Amarelo	2 (0,80)
Pretos	30 (12,05)
Indígena	1 (0,40)
Estado Civil	
Solteiro	14 (5,62)
Casado	154 (61,85)
Divorciado	19 (7,63)
Viúvo	47 (18,88)
União estável	13 (5,22)
Separado	2 (0,80)
Escolaridade em anos	
Nenhuma	59 (23,69)
De 1 a 3	73 (29,32)
De 4 a 7	82 (32,93)
8 ou mais	35 (14,06)
Renda individual (salário-mínimo)	
Sem Renda	29 (11,65)
Até 1	7 (2,81)
1	181 (72,69)
2	22 (8,84)
3 ou mais	10 (4,02)
Prática alguma religião	
Sim	191 (76,71)
Não	58 (23,29)
Realiza alguma atividade de lazer	
Sim	37 (14,86)
Não	212 (85,14)
Realizada alguma atividade física ou esportiva	
Sim	81 (32,53)
Não	168 (67,47)
É fumante	
Sim	23 (9,24)
Não	226 (90,76)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n (%)
Faz uso de bebida alcóolica	
Sim	55 (22,18)
Não	193 (77,82)
Autoavaliação do estado de saúde	
Muito bom	25 (10,08)
Bom	96 (38,71)
Regular	90 (36,29)
Ruim	25 (10,08)
Muito ruim	12 (4,84)
Faz uso de algum medicamento	
Sim	201 (81,05)
Não	47 (18,95)
Tem dor crônica	
Sim	129 (51,81)
Não	120 (48,19)
Presença de multimorbidade	
Sim	123 (49,40)
Não	126 (50,60)
Nível de Funcionalidade	
Independente	170 (68,27)
Dependência parcial	77 (30,92)
Dependência total	2 (0,80)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Fatores associados à presença de sintomas depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande, MS, 2023.

Variável	Sintomas Depressivos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	<i>p</i>	RP	<i>p</i>	RPa
Idade (anos)						
60 – 79	44 (20,95)	166 (79,05)		1		1
80 ou mais	14 (35,90)	25 (64,10)	0,033	1,71 (1,04 – 2,81)	0,043	1,63 (1,01 – 2,62)
Sexo						
Masculino	19 (17,76)	88 (82,24)		1		1
Feminino	39 (27,46)	103 (72,54)	0,080	1,54 (0,94 - 2,52)	0,145	1,44 (0,88 – 2,31)
Raça/Cor da pele						
Negros	35 (22,29)	122 (77,71)		1		
Branca	22 (24,72)	67 (75,28)	0,664	1,10 (0,69 – 1,76)		
Estado Civil						
Solteiro	6 (42,86)	8 (57,14)	0,062	2,23 (0,96 – 5,20)	0,001	4,04 (1,82 – 8,98)
Casado ou União estável	38 (22,75)	129 (77,25)	0,604	1,18 (0,61 – 2,28)	0,237	1,41 (0,79 – 2,49)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,659	1,24 (0,47 – 3,26)	0,218	1,71 (0,72 – 4,06)
Viúvo	9 (19,15)	38 (80,85)		1		1

continua

Continuação da Tabela 2

Variável	Sintomas Depressivos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim	Não	<i>p</i>	RP	<i>p</i>	RPa
	n (%)	n (%)				
Escolaridade						
Nenhuma	15 (25,42)	44 (74,58)	0,068	2,96 (0,92 – 9,54)		
De 1 a 3 anos	25 (34,25)	48 (65,75)	0,016	3,99 (1,29 – 12,36)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,207	2,13 (0,65 – 6,92)		
8 anos ou mais	3 (8,57)	32 (91,43)		1		
Renda individual (salário mínimo)						
Sem Renda	11 (37,93)	18 (62,07)	0,035	3,03 (1,08 – 8,50)	0,150	1,99 (0,77 – 5,09)
Até 1	3 (42,86)	4 (57,14)	0,055	3,42 (0,97 – 12,04)	0,083	2,78 (0,87 – 8,85)
1	40 (22,10)	141 (77,90)	0,244	1,76 (0,67 – 4,61)	0,764	1,13 (0,49 – 2,60)
2 ou mais	4 (12,50)	28 (87,50)		1		1
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	46 (24,08)	145 (75,92)	0,598	1,16 (0,66; 2,04)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	48 (22,64)	164 (77,36)		1		
Sim	10 (27,03)	27 (72,97)	0,554	1,19 (0,66 – 2,14)		
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	46 (27,38)	122 (72,62)	0,037	1,84 (1,03 – 3,29)	0,025	1,89 (1,08 – 3,30)
Sim	12 (14,81)	69 (85,19)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)		1		
Sim	6 (26,09)	17 (73,91)	0,736	1,13 (0,54 – 2,35)		
Faz uso de bebida alcóolica						
Não	48 (24,87)	145 (75,13)	0,317	1,36 (0,74 – 2,52)		
Sim	10 (18,18)	45 (81,82)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	15 (12,40)	106 (87,60)		1		1
Regular	26 (28,89)	64 (71,11)	0,004	2,33 (1,31 – 4,14)	0,037	1,92 (1,03 – 3,57)
Ruim ou muito ruim	17 (45,95)	20 (54,05)	<0,001	3,70 (2,05 – 6,68)	0,001	3,12 (1,64 – 5,95)
Faz uso de algum medicamento						
Não	3 (6,38)	44 (93,62)		1		1
Sim	55 (27,36)	146 (72,64)	0,011	4,28 (1,39 – 13,13)	0,029	3,22 (1,12 – 9,24)
Tem dor crônica						
Não	19 (15,83)	101 (84,17)		1		
Sim	39 (30,23)	90 (69,77)	0,010	1,90 (1,17 – 3,11)		
Presença de multimorbidade						
Não	17 (13,49)	109 (86,51)		1		
Sim	41 (33,33)	82 (66,67)	<0,001	2,47 (1,48 – 4,10)		
Nível de Funcionalidade						
Independente	31 (18,24)	139 (81,76)		1		
Dependência	27 (34,17)	52 (65,83)	0,005	1,87 (1,20 – 2,91)		

Fonte: Elaborada pelos autores. *Deviance Goodness of fit* = 131,002; *p* = 1.000. RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RPa: Razão de Prevalência ajustada pela idade, sexo e renda.

No que se refere à presença de sintomas ansiosos, por meio da regressão de Poisson bivariada, foi possível observar associação com o sexo, o estado civil, a prática de atividade física, a autoavaliação da condição de saúde, a presença de dor crônica, de multimorbidade e de dependência funcional. Considerando os

parâmetros para análise dos modelos, na análise multivariada, quanto à presença de sintomas ansiosos, o modelo final indicou que a maior prevalência esteve associada ao sexo, ao estado civil, a prática de atividade física, a autoavaliação do estado de saúde e presença de multimorbidade (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores associados à presença de sintomas ansiosos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família na área rural em Campo Grande, MS, 2023.

Variável	Sintomas Ansiosos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim n (%)	Não n (%)	<i>p</i>	RP	<i>p</i>	RP
Idade (anos)						
60 – 79	46 (21,90)	164 (78,10)				
80 ou mais	9 (23,08)	30 (76,92)	0,871	1,05 (0,56 – 1,97)		
Sexo						
Masculino	12 (11,21)	95 (88,79)		1		1
Feminino	43 (30,28)	99 (69,72)	0,001	2,70 (1,49 – 4,87)	0,005	2,25 (1,27 – 3,98)
Raça/Cor da pele						
Negros	34 (21,66)	123 (78,34)		1		
Branca	21 (23,60)	68 (76,40)	0,725	1,08 (0,67 – 1,75)		
Estado Civil						
Casado ou União estável	31 (18,56)	136 (81,44)		1		1
Solteiro	4 (28,57)	10 (71,43)	0,342	1,53 (0,63 – 3,74)	0,032	2,62 (1,08 – 6,33)
Divorciado ou Separado	5 (23,81)	16 (76,19)	0,557	1,28 (0,55 – 2,94)	0,349	1,46 (0,66 – 3,24)
Viúvo	15 (31,91)	32 (68,09)	0,043	1,71 (1,01 – 2,90)	0,126	1,48 (0,89 – 2,46)
Escolaridade						
Nenhuma	17 (28,81)	42 (71,19)	0,222	1,68 (0,73 – 3,86)		
De 1 a 3 anos	17 (23,29)	56 (76,71)	0,475	1,35 (0,58 – 3,14)		
De 4 a 7 anos	15 (18,29)	67 (81,71)	0,883	1,06 (0,45 – 2,52)		
8 anos ou mais	6 (17,14)	29 (82,86)		1		
Renda individual (salário mínimo)						
Sem Renda	6 (20,89)	23 (79,31)	0,849	1,10 (0,39 – 3,04)		
Até 1	4 (57,14)	3 (42,86)	0,024	3,04 (1,15 – 8,01)		
1	39 (21,55)	142 (78,45)	0,725	1,14 (0,52 – 2,49)		
2 ou mais	6 (18,75)	26 (81,25)		1		
Prática alguma religião						
Não	12 (20,69)	46 (79,31)		1		
Sim	43 (22,51)	148 (77,49)	0,771	1,08 (0,61 – 1,92)		
Realiza alguma atividade de lazer						
Não	46 (21,70)	166 (78,30)		1		
Sim	9 (24,32)	28 (75,68)	0,720	1,12 (0,60 – 2,09)		

continua

Continuação da Tabela 3

Variável	Sintomas Ansiosos		Análise Bivariada		Análise Multivariada	
	Sim	Não	<i>p</i>	RP	<i>p</i>	RP
	n (%)	n (%)				
Realizada alguma atividade física ou esportiva						
Não	45 (26,79)	123 (73,21)	0,016	2,16 (1,15 – 4,08)	0,009	2,22 (1,22 – 4,04)
Sim	10 (12,35)	71 (87,65)		1		1
É fumante						
Não	52 (23,01)	174 (76,99)	0,305	1,76 (0,59 – 5,21)		
Sim	3 (13,04)	20 (86,96)		1		
Faz uso de bebida alcoólica						
Não	43 (22,28)	150 (77,72)	0,942	1,02 (0,57 – 1,79)		
Sim	12 (21,82)	43 (78,18)		1		
Autoavaliação do estado de saúde						
Muito bom ou bom	18 (14,88)	103 (85,12)		1		1
Regular	24 (26,67)	66 (73,33)	0,037	1,79 (1,03 – 3,10)	0,035	1,81 (1,04 – 3,15)
Ruim ou muito ruim	13 (35,14)	24 (64,86)	0,006	2,36 (1,28 – 4,35)	0,066	1,72 (0,96 – 3,09)
Faz uso de algum medicamento						
Não	5 (10,64)	42 (89,36)		1		
Sim	50 (24,88)	151 (75,12)	0,054	2,33 (0,98 – 5,55)		
Tem dor crônica						
Não	18 (15,00)	102 (85,00)		1		
Sim	37 (28,66)	92 (71,32)	0,012	1,91 (1,15 – 3,17)		
Presença de multimorbidade						
Não	17 (13,49)	109 (86,51)		1		
Sim	38 (30,89)	85 (69,11)	0,002	2,28 (1,36 – 3,83)	0,046	1,69 (1,00 – 2,86)
Nível de Funcionalidade						
Independente	30 (17,65)	140 (82,35)		1		
Dependência	25 (31,65)	54 (68,35)	0,013	1,79 (1,13 – 2,83)		

Fonte: Elaborada pelos autores. *Deviance Goodness of fit* = 137.8821; *p* = 1.000. RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidenciou que os fatores associados aos sintomas ansiosos são pessoas do sexo feminino, solteiros, que não realizam nenhuma atividade física ou esportiva, que avaliam o estado de saúde como regular, e apresentam multimorbidade, enquanto a presença de sintomas depressivos está associada à idade superior a 80 anos, ser solteiro, não realizar atividade física ou esportiva, autoavaliar o estado de saúde como ruim ou muito ruim e fazer uso de medicação.

A prevalência de sintomas depressivos na população idosa que reside em áreas rurais encontrada

neste estudo foi de 23,29% e de sintomas ansiosos de 22,09%. Existem poucas pesquisas brasileiras realizadas com a população idosa residente em áreas rurais e as que foram encontradas evidenciaram que a prevalência de sintomas depressivos variou entre 7,1% e 22%^{8,7}, e o único estudo identificado acerca de sintomas ansiosos evidenciou prevalência de 9,2%⁹.

Já os estudos conduzidos com pessoas idosas em áreas urbanas identificaram que a prevalência de sintomas depressivos variou entre 9,6% e 74,5% e de sintomas ansiosos entre 33,91% e 48,84%^{1,5-20}. Logo, observa-se maior prevalência desses sintomas na área urbana, cuja população está mais exposta a fatores que podem influenciar negativamente a saúde física e

mental, como menos horas de sono, poluição, falta de contato com a natureza, alimentação menos saudável, distância de familiares; enquanto a população idosa em áreas rurais apresentam maior autonomia, alimentação mais saudável, relação direta e constante com o meio ambiente e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e menos doenças¹⁶.

Apesar de todos os estudos mencionados terem utilizado os mesmos instrumentos para rastreamento de sintomas ansiosos e depressivos, sendo o GAI e GDS, a prevalência de tais sintomas em pessoas idosas residentes em áreas rurais do município de Campo Grande/MS pode ter apresentado porcentagem superior ao dos demais estudos devido a diferenças culturais, regionais e econômicas, visto que cada local possui seus próprios aspectos culturais, costumes e necessidades, inclusive os centros rurais e urbanos^{16,21}.

Ademais, fato importante a ser considerado é o impacto da pandemia pela covid-19 na saúde mental da população idosa, que pode ter contribuído para a maior prevalência de tais sintomas, identificada neste estudo, pois os estudos mencionados foram realizados anteriormente ao momento pandêmico. A covid-19 contribuiu para o surgimento e agravamento de quadros psicoemocionais nas pessoas idosas, pois gerou medo de contrair a doença, tristeza diante às notícias, luto por familiares e amigos que ficaram doentes e vieram a óbito, isolamento social que trouxe o sentimento de solidão, tensões econômicas e incertezas sobre o futuro¹⁸.

Levando em consideração os fatores associados aos sintomas depressivos, percebe-se que as pessoas idosas que se encontram em estado mais vulnerável para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva são aqueles que apresentam fatores que possuem relação direta entre si. Possuir 80 anos ou mais traz como consequência uma série de mudanças orgânicas e no contexto social que podem comprometer a saúde mental e física dessa população²⁰, o que pode acarretar a multimorbidade e a necessidade do uso de medicamentos para tratamento em saúde, inclusive para amenizar as dores crônicas que podem ser decorrentes das condições apresentadas.

Corroborando com o presente estudo, as pesquisas de Ferreira e Tavares⁸ e de Rocha, Bezerra

e Monteiro²⁰, encontraram dados que evidenciam que a população idosa com 80 anos ou mais é susceptível para sintomas depressivos. Os idosos longevos podem estar expostos a mais vivências de perdas, lutos e à probabilidade de desenvolverem condições crônicas de saúde²⁰.

O processo de envelhecimento é marcado por uma série de transformações fisiológicas que, de alguma maneira, podem impactar a capacidade física, cognitiva e psicológica dessas pessoas, e tal situação pode gerar um quadro de comprometimento funcional que, a depender do nível, pode levar a uma situação de dependência. Trata-se de uma situação complexa e interrelacionada visto que nos casos em que há redução da funcionalidade, observa-se, conseqüentemente, a redução, ou impossibilidade, de realização de alguma atividade física ou esportiva, o que impacta sobremaneira na saúde física e mental dessa pessoa e, assim, contribui para avaliação negativa acerca do seu estado de saúde¹⁸.

A autopercepção em relação ao estado de saúde é subjetiva, mas traz respostas que tendem a dizer a respeito da saúde como em sua totalidade, pois leva em consideração os aspectos biopsicossociais. Os sintomas depressivos e ansiosos podem ser observados através da autoavaliação de saúde, visto que o processo de envelhecimento, a depender das vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas, podem carregar mudanças e percepções negativas que pode levar ao surgimento de tais sintomatologias^{18,19}.

Ser uma mulher idosa remete a uma série de vulnerabilidades, inclusive físicas, de modo que a partir de determinada idade, esta fica mais propensa ao desenvolvimento da multimorbidade e limitações de saúde. Considera-se que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade social, pois é comum que estas vivenciem situações de desigualdades de gênero e machismo; que apresentem sobrecarga de trabalho, menores níveis de escolaridade e de renda salarial, um maior número de doenças, limitações físicas e funcionais, além de viverem mais sozinhas, o que pode gerar, por consequência, menor suporte social, emocional, e sintomas ansiosos^{21,22}.

Possuir multimorbidade resulta na necessidade em fazer uso de medicamentos para as condições de

saúde e dores crônicas apresentadas, fato que pode ocasionar dependência funcional em decorrência da realidade vivenciada que, por consequência, pode resultar em uma avaliação negativa de seu estado de saúde. A autopercepção em relação ao estado de saúde é subjetiva, mas traz respostas que tendem a dizer a respeito da saúde como um todo, visto que leva em consideração as dimensões biológicas, psíquicas e sociais¹⁹.

Entre a população idosa, as pessoas que possuem multimorbidade, fazem uso de muitos medicamentos, frequentemente apresentam dores crônicas, e tendem a avaliar de forma negativa o seu estado de saúde atual¹⁶. Nesta perspectiva, segundo Terassi et al.¹⁹, pessoas idosas que apresentam dores crônicas estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos, visto que sentimentos negativos como medo, raiva, ansiedade e agressividade podem ser desencadeados devido às dores.

Tais fatores podem impossibilitar ou atrapalhar que as pessoas idosas consigam realizar atividades físicas ou praticar esportes, o que pode gerar aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva, visto que a prática de exercícios físicos contribui para a melhora do humor, diminuição do estresse, autonomia, aumento de convívio social, entre outros^{17,19}. Além disso, aqueles que são solteiros, ou seja, que podem vir a ter sentimento de solidão, emoções negativas e que não possuem suporte em relação aos cuidados de saúde, apresentam maior prevalência da sintomatologia ansiosa e depressiva. Consequentemente, tais sujeitos necessitam de maior apoio social e familiar^{16-17,24,25}.

Observa-se que os fatores associados aos sintomas depressivos se assemelham aos associados aos sintomas ansiosos, especialmente os fatores ligados à condição de saúde que as pessoas idosas se encontram, como ter multimorbidade, utilizar medicamentos, ter dores crônicas, dependência funcional, não realizar nenhuma atividade física ou esportiva e avaliar negativamente o estado de saúde. Tal situação indica que essas pessoas que se encontram em uma situação adoecedora fisicamente podem apresentar adoecimento psicológico; e que há a possibilidade de os mesmos pacientes apresentarem ambos os sintomas, depressivos e ansiosos, apesar de suas manifestações serem de maneiras distintas,

o que pode justificar a porcentagem semelhante da prevalência dos dois sintomas nesta pesquisa.

Levando em consideração que a atuação de profissionais na ESF, na grande parte das situações, ainda é voltada ao modelo biomédico e curativista, há a necessidade da reformulação do cuidado em saúde, para que se considere a realidade em que os sujeitos vivem, como a das pessoas idosas residentes em áreas rurais²⁶. As concepções de saúde, doença e cuidado estão relacionadas aos fatores sociais e culturais dos ambientes nos quais os sujeitos estão inseridos, de modo que é importante compreender as necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários da ESF, com vistas à melhoria de práticas de cuidado. Possuir um olhar ampliado, tanto pelos gestores, como pelos profissionais de saúde, possibilita uma visão para além de dados epidemiológicos voltados a fatores biológicos¹⁸.

Ações de prevenção e promoção em saúde direcionadas às pessoas idosas devem ser realizadas no âmbito da ESF nas áreas rurais, como atividades físicas, incentivo a um estilo de vida saudável, grupos terapêuticos, serviços voluntários, espaços de convivência e de interação social, a fim de contribuir para a melhora da saúde mental, havendo a diminuição de estresse e de sintomas ansiosos e depressivos. Além disso, tais ações promovem a formação de vínculos e redes de apoio, aumento da autoestima, relações positivas com os demais membros das atividades propostas, troca de afetos e melhorias na qualidade de vida²⁷.

As limitações deste estudo estão relacionadas à amostra da pesquisa ser apenas do município de Campo Grande/MS. E, por se tratar de pesquisa realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, é preciso apontar que o município não possui cobertura total desse tipo de serviço, portanto, é possível que uma parcela considerável da população não tenha sido incluída na pesquisa. Contudo, tal viés foi minimizado uma vez que se utilizou o método de amostragem probabilística. Além disso, esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, em que os dados encontrados mostram apenas um recorte da realidade investigada, e existe uma escassez notável de estudos científicos direcionados às pessoas idosas residentes em áreas rurais, fato que limita a possibilidade de realizar comparações e aprofundamento teórico.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, foi possível identificar a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pessoas idosas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em áreas rurais de Campo Grande/MS, sendo de 22,09% e 23,29%, respectivamente. Segundo os dados, as pessoas idosas que se encontram em situação de risco para o desenvolvimento do adoecimento psicológico são aquelas que vivem em contexto de vulnerabilidade social, que apresentam condições crônicas de saúde, e que estão mais distantes dos fatores que podem ser considerados como de proteção, como ter maior renda salarial, maior nível de escolaridade, menos uso de medicamentos, menos doenças autorreferidas etc.

A ESF possui um papel importante no cuidado em saúde mental e os dados nesta pesquisa demonstram a necessidade do planejamento e implementação de políticas públicas direcionadas à população idosa de áreas rurais, visto que há baixa cobertura em saúde e um número insuficiente de profissionais, incluindo profissionais especialistas em saúde mental. Ademais, considerando a escassez de informações acerca desta temática, novos estudos em áreas rurais em outras regiões do país, com a população idosa e sobre a saúde mental, especialmente sobre sintomas

ansiosos e depressivos devem ser realizados, tanto para rastrear tais sintomas, como para avaliar a exposição de pessoas idosas a fatores de risco para a saúde mental ao longo do tempo.

AUTORIA

- Amanda G. Torres – curadoria de dados; investigação e interpretação dos dados; análise formal; escrita, revisão e edição; aprovação da versão a ser publicada.
- Kenio C. de Lima – conceituação; escrita, revisão e edição; metodologia e supervisão; aprovação da versão a ser publicada.
- Alberto M. Martins – conceituação; escrita, revisão e edição; metodologia; aprovação da versão a ser publicada.
- Arthur de A. Medeiros – administração do projeto; conceituação; metodologia; curadoria de Dados; análise formal; escrita, revisão e edição; supervisão e interpretação dos dados; aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Camila Alves dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22(4):1-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>.
2. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos, BJ. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. *Rev Bras Enferm* 2018;71(2):776-84. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.
3. Liano PMP, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. *Acta Paul Enferm* 2017;30(5):520-30. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201700075>.
4. Oliveira DS, Lima MP, Ratto CG, Rossi T, Baptista RB, Irigaray TQ. Avaliação de bem-estar psicológico e sintomas depressivos em idosos. *Estud Pesq Psicol* 2020;20(1):187-04. Disponível em: <http://doi.org/10.12957/epp.2020.50796>.
5. Farias WM, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB, Barreto MAM, Feroseli AFO. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. *Rev Med* 2022;101(1):1-8. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-188307>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 4699: Pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, por nível de instrução e situação do domicílio [Internet]. 2019 [citado em 09 de ago. de 2023]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4699>.

7. Corrêa ML, Carpena MX, Meucci RD, Neiva-Silva L. Depressão em idosos de uma região do Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(6):2083-92. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018>.
8. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(2):401-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200018>.
9. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental* 2013;10(19):267-85. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a08v10n19.pdf>.
10. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
11. Gusmão MSF, Cunha PO, Santos BG, Costa FM, Caldeira AP, Carneiro JA. Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2022;25(1):1-14. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220115.pt>.
12. Lino VTS, Pereira SMP, Camacho LAB et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública* 2008;24:103-12. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2):421-26, 1999. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
14. Martiny C, Silva ACO, Nardi AE, Pachana NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Rev Psiq Clín* 2011;38(1):1-5. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100003>.
15. Massena PN, Narahyana BA, Pachana N, Laks J, Pádua AC. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI- BR. *Int Psychogeriatr* 2014;27(7):1113-19, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S1041610214001021>.
16. Pereira KD. Adaptação transcultural e validação da escala de depressão geriátrica GDS-15. Uberaba. Dissertação [Mestrado em Atenção à Saúde] – Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2017. Disponível em: <https://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/480>.
17. Maximiano-Barreto MA, Fermoseli AFO. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psic Saúde Doen* 2017;18(3):801-13. Disponível em: <http://doi.org/10.15309/17psd180314>.
18. Costa PA, Barbosa MPR, Buriti EL, Andrade LL, Carvalho MAP, Nogueira MF. Associações entre ansiedade e incapacidade funcional em pessoas idosas: estudo transversal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2023;26:1-11. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230073.pt>.
19. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc Saúde Colet* 2016;21(11):3575-83. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>.
20. Rocha BL, Bezerra PCL, 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):1-12. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>.
21. Júnior EVS, Cruz DP, Silva CS, Rosa RS, Peloso-Carvalho BM, Sawada NO. Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional. *Enfer Glob* 2022;21(65):447-59. Disponível em: <http://doi.org/10.6018/eglobal.485981>.
22. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018;21(2):1-16. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.
23. Terassi M, Rossetti ES, Luchesi BM, Gramani-Say K, Hortense P, Pavarini SCI. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor crônica. *Rev Bras Enferm* 2020;73(1):1-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>.
24. Lima JRMJ. Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Rev Nurs* 2023;26(298):9495-9501. Disponível em: <http://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i298p9495-9508>.
25. Santos RC, Souto RQ, Almeida AM, Araújo GKN, Sousa RCR, Santo RC. Fatores associados a sintomas depressivos e cognição em idosos(as) vítimas de violência. *Rev Bras Enferm* 2020;73:1-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0383>.
26. Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Liano PMPL. Processo saúde-doença-cuidado do idosos residente em área rural: perspectiva de um cuidado culturalmente congruente. *Texto Contexto Enferm* 2021;30:1-15. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0302>.
27. Oliveira AR, Souza YG, Silva DM, Alves JP, Diniz IVA, Medeiros SM, et al. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gauc Enferm* 2020;21:1-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>.