

Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos

*Psychological health, functional capacity and social support in
the elderly*

*Salud psicológica, capacidad funcional y apoyo social en el
anciano*

Jessica de Medeiros Possatto
Dóris Firmino Rabelo

RESUMO: Este estudo avaliou sintomas depressivos e de ansiedade em idosos, e sua associação com o sexo, a faixa etária, a capacidade funcional e a percepção de suporte social. Participaram do estudo 134 idosos sem déficit cognitivo. Houve associação significativa entre depressão e ansiedade, com dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e da ansiedade, com baixo envolvimento social, e com baixa percepção de suporte social. É importante maior atenção pública para o diagnóstico e tratamento dessas condições clínicas.

Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Idosos.

ABSTRACT: *This study evaluated depressive and anxiety symptoms in elderly and its association with sex, age, functional capacity and the perception of social support. Participated 134 elderly people without cognitive impairment. There was a significant association between depression and anxiety with dependence in basic and instrumental activities of daily living and anxiety with low social involvement and low perception of social support. Public attention is important to foster diagnosis and treatment of these clinical conditions.*

Keywords: *Depression; Anxiety; Elderly.*

RESUMEN: *En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el estudio. Participando 134 de las personas sin la cognición de la corporación. La diferencia entre la depresión y la ansiedad con la dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la convivencia social. La atención al público es importante para el diagnóstico y el tratamiento de estas condiciones clínicas.*

Palabras clave: *Depresión; Ansiedad; Personas Mayores.*

Introdução

A depressão e a ansiedade são patologias frequentemente sub-diagnosticadas nos idosos. As perdas sociais, no trabalho, e nas condições de saúde, podem fazer com que os sintomas dessas psicopatologias sejam erroneamente atribuídos ao processo de envelhecimento e, portanto, dificultem a realização de um diagnóstico adequado. Quando associadas, essas síndromes afetam significativamente o bem-estar biopsicossocial do idoso, com reflexos sobre a família e a comunidade.

A depressão em idosos é considerada um importante problema de saúde pública; é a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao sofrimento emocional, à redução da qualidade de vida e ao suicídio e é a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade (Neri, & Batistoni, 2012). Em idosos da comunidade, ressalta-se a importância clínica dos sintomas de menor gravidade e intensidade. No Brasil, a prevalência para sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS) varia de 13 a 39%, sendo mais frequentes em mulheres, em idosos com mais de 70 anos; estão associados a doenças clínicas, ao comprometimento funcional, à menor atividade física e ao baixo suporte social (Ferreira, & Bottino, 2012; Frank, & Rodrigues, 2016). A começar pelo seu diagnóstico e nos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento, essa síndrome é heterogênea (Batistoni, 2005) e em comparação à depressão em adultos jovens, a apresentação na velhice inclui menos humor deprimido e mais anedonia, mais sintomas somáticos e mais queixas cognitivas (Frank, & Rodrigues, 2016).

Situações ameaçadoras que colocam em risco a integridade física e mental do idoso ou que provocam grandes mudanças na rotina diária podem intensificar a ansiedade, que pode assumir proporções patológicas. Estudos populacionais apontam que os sintomas de ansiedade podem afetar cerca de 26% das pessoas com mais de 65 anos de idade (Florindo, 2007).

As características clínicas da ansiedade manifestam-se por meio de sintomas de natureza psíquica, entre eles a preocupação crônica intensa e excessiva, a sensação de medo e apreensão, sensação de ameaça e estado de hipervigilância, bem como por sintomas físicos. Tensões e preocupações precipitam um quadro de ansiedade, que pode se constituir como uma entidade nosológica independente ou estar associada ao quadro de depressão, ambas as condições associadas com o comprometimento funcional. Os sintomas ansiosos comprometem o funcionamento social e ocupacional do idoso (Stella, 2012), e associam-se à menor satisfação com a vida e a um pior padrão de qualidade de vida (Xavier, *et al.*, 2001).

A coexistência de depressão e ansiedade em idosos é frequente. Os sintomas autonômicos da ansiedade se acentuam na comorbidade, mas costumam ser pouco identificados, pois os profissionais de saúde tendem atribuí-los a efeitos de medicamentos, às condições médicas gerais ou focam mais nos sintomas depressivos. Esse quadro comórbido cronifica os problemas de saúde, gera um funcionamento social mais pobre, maior ideação de suicídio, produz demora na resposta terapêutica e piora no prognóstico, representando um marcador de gravidade psicopatológica (Stella, 2012). Considerando o impacto destas psicopatologias no bem-estar e na qualidade de vida da população geriátrica, o objetivo deste estudo foi avaliar sintomas depressivos e de ansiedade em idosos e verificar a associação com o sexo, a faixa etária, a capacidade funcional e a percepção de suporte social.

Método

O presente estudo faz parte da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, destinado a investigar o funcionamento de famílias com idosos e sua rede de suporte informal e formal. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), do município de Cruz das Almas, Bahia, de acordo com a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil.

O campo selecionado para estudo foi Santo Antonio de Jesus, Estado da Bahia, Brasil, cujo papel no setor da saúde é importante no Recôncavo Baiano, pois nucleia a microrregião leste do estado, sede da 4ª DIRES (Diretorias Regionais de Saúde).

Dentre as 20 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na zona urbana, foi selecionada a que tinha o maior número de idosos cadastrados (14,5% do total de pessoas cadastradas e 16,8% dos idosos residentes na cidade). Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, ano 2010, nessa unidade estavam cadastradas 2.754 famílias que somavam 9.234 pessoas, dentre os quais 1344 com 60 anos e mais.

Com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foram realizados a identificação e o arrolamento dos domicílios com idosos localizados em todas as 21 micro-áreas abrangidas pela UBS selecionada. Os critérios de elegibilidade foram: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de inclusão, foi adotada a pontuação referente às notas de corte para cada faixa de escolaridade, menos um desvio-padrão, no Mini-Exame do Estado Mental, MEEM (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003). A opção pela inclusão de idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência no estudo foi feita para não prejudicar a confiabilidade das respostas de autorrelato dos idosos (Neri, & Guariento, 2011). Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldade de expressão verbal e de compreensão e estar temporária ou permanentemente acamado.

Em cada domicílio, todos os idosos eram entrevistados com vistas à seleção para participação no estudo. A escolha do participante era baseada na maior pontuação obtida no Mini-Exame do Estado Mental. A coleta de dados foi realizada em duas ou três visitas de duas horas cada uma, em média. Participaram do estudo 134 idosos. O tamanho dessa amostra foi fixado conforme um nível de confiança de 90%, para um erro amostral de 5%.

Variáveis e instrumentos

1. Características sociodemográficas. Foram avaliadas a idade (agrupada em duas faixas - 60 a 74 anos e 75 anos ou mais) e o sexo (feminino x masculino).
2. Capacidade funcional:
 - 2.1. Índice de independência nas atividades básicas de vida diária (Lino, Pereira, Camacho, Ribeiro Filho, & Buksman, 2008).

Escala de seis itens com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.

2.2. Desempenho de atividades instrumentais de vida diária (Brito, Nunes, & Yuaso, 2007).

Escala com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para telefonar, usar transportes, fazer compras, cozinhar, realizar serviços domésticos, uso de medicação e manejo de dinheiro. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.

2.3. Envolvimento social: Perguntou-se aos idosos se participavam, pelo menos uma vez por semana, de atividades físicas, em centro de convivência, em atividades na comunidade e religiosas (Sim x Não). As respostas “Sim” para cada atividade foram somadas e os dados foram categorizados pela mediana, em menor ou maior envolvimento social.

3. Condições de saúde psicológica:

3.1. Escala de Depressão Geriátrica (Almeida, & Almeida, 1999) com 15 perguntas tipo sim x não, sobre como o idoso havia se sentido durante a última semana, os quais referem-se a humores disfóricos. Trata-se escala de rastreio de sintomas depressivos clinicamente significativos, com nota de corte ≥ 6 para depressão leve e ≥ 11 para depressão grave. Em seguida, reuniram-se as categorias para análises dicotômicas (sim x não).

3.2. Inventário de Ansiedade de Beck, BAI (Cunha, 2001) com itens versando sobre sintomas comuns de ansiedade na última semana. A pontuação varia entre 1 a 63 pontos e para análises dicotômicas foram reunidas as categorias leve, moderada ou grave (≥ 11) em “Sim” para ansiedade x “Não” (0 a 10 pontos).

4. Suporte Social Percebido: ISEL Reduzido - *Interpersonal Support Evaluation* (Fortes, 2005). Avalia a percepção de suporte social, indicativos de disponibilidade de apoio social afetivo, instrumental, e informativo. Os sujeitos são solicitados a dizer com que frequência numa semana ocorriam as seguintes situações: 1) encontrar pessoas para conversar ao se sentirem sozinhos; 2) encontrar e conversar com amigos e familiares; 3) encontrar pessoas para ajudar nos afazeres se estiverem doentes; 4) ter com quem contar ao precisar de uma sugestão de como lidar com um problema; e 5) ter pelo menos uma pessoa em cuja opinião confiam plenamente.

- Os itens são respondidos numa escala de 4 pontos (1=nunca; 2=às vezes; 3=maioria das vezes; 4=sempre). Os dados foram agrupados em menor ou maior suporte social, de acordo com a mediana.

Análise de dados

Foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), para descrever o perfil da amostra, de acordo com as variáveis estudadas. Foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste de Exato de Fisher (na presença de valores esperados menores que 5) para comparar as variáveis categóricas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Resultados

A idade dos participantes variou de 60 a 95 anos, com média de 72 ($\pm 8,0$) anos, sendo a maioria do sexo feminino, independentes para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, com baixa participação social, e com percepção de baixo suporte social (Tabela 1). Com relação às condições psicológicas, 17,2% dos idosos apresentou sintomatologia depressiva (13,4% leve e 3,8% grave), 23,1% dos idosos apresentou ansiedade (17,9% leve, 3,7% moderada e 1,5% grave) e 10,4% tinham as duas condições clínicas.

A Tabela 1 apresenta a frequência das variáveis sexo, idade, atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, envolvimento social, e suporte social percebido. A Tabela 2 mostra a associação da depressão e da ansiedade com o sexo, a idade, a capacidade funcional e o suporte social percebido dos idosos.

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto a sexo, idade, capacidade funcional e suporte social percebido

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	104	77,6%
Masculino	30	22,3%
Faixa Etária		
60 a 74	89	66,4%
75+	45	33,5%
Atividades Básicas		
Independente	129	96,2%
Com dependência	5	3,7%
Atividades Instrumentais		
Independente	78	58,2%
Com dependência	56	41,7%
Envolvimento social		
Alto	46	34,3%
Baixo	88	65,6%
Suporte Social Percebido		
Alto	64	47,8%
Baixo	70	52,2%

Tabela 2. Associações da depressão e da ansiedade com o sexo, a idade, a capacidade funcional e o suporte social percebido

Variáveis	Depressão		Valor-p	Ansiedade		Valor-p
	Sim	Não		Sim	Não	
Sexo						
Feminino	16,3	83,7	0,640	25,0	75,0	0,340
Masculino	20,0	80,0		16,7	83,3	
Faixa Etária						
60 a 74	14,3	85,7	0,252	20,2	79,8	0,303
75+	22,0	78,0		28,0	72,0	
Atividades Básicas						
Independente	15,5	84,5	0,010	20,9	79,1	0,002
Com dependência	60,0	40,0		80,0	20,0	
Atividades Instrumentais						
Independente	7,7	92,3	0,001	9,0	91,0	<0,001
Com dependência	30,4	69,6		42,9	57,1	
Envolvimento social						
Alto	13,0	87,0	0,360	10,9	89,1	0,015
Baixo	19,3	80,7		29,5	70,5	
Suporte Social						
Alto	30,4	51,4	0,068	29,0	53,4	0,017
Baixo	69,6	48,6		71,0	46,6	

A análise comparativa mostrou maior frequência de idosos com dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária com sintomas depressivos e com ansiedade. Também houve associação significativa da ansiedade com baixo envolvimento social e com baixa percepção de suporte social.

Discussão

A frequência de depressão e ansiedade identificadas neste estudo foi semelhante ao esperado para idosos da comunidade, e análogo ao encontrado em outros estudos (Batistoni, Bueno, Di Nucci, & Yassuda, 2011; Machado, *et al.*, 2016; Maciel, & Guerra, 2006; Minghelli, Tomé, Nunes, Neves, & Simões, 2013; Oliveira, *et al.*, 2012). No entanto, as variáveis, sexo e idade, comportaram-se de forma diferente do que é apontado na literatura, na qual são consideradas fatores de risco. O mesmo foi observado no Estudo FIBRA (Batistoni, *et al.*, 2011), que também não revelou associação significativa para os sintomas depressivos.

A frequência de sintomas depressivos e de ansiedade foi maior entre os idosos com dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Outros estudos apontaram essa associação (Borges, Benedetti, Xavier, & D'Orsi, 2013; Bretanha, *et al.*, 2015; Hoffmann, Ribeiro, Farnese, & Lima, 2010; Virtuoso, *et al.*, 2015). A capacidade funcional é um indicador de saúde e bem-estar em idosos. As atividades básicas, ligadas ao autocuidado, e à sobrevivência determinam a independência e a necessidade de ajuda e assistência cotidiana. As atividades instrumentais tratam de funções que requerem maior elaboração e coordenação, envolvem o desempenho de papéis e são necessárias para o envolvimento social (Ribeiro, *et al.*, 2013). Qualquer alteração no exercício destas atividades interfere na mobilidade, na interação e na motivação dos idosos, constituindo-se o desenvolvimento de alguma deficiência que tem impacto sobre a saúde psicológica (Maciel, & Guerra, 2006).

O comprometimento funcional é um importante fator de risco para a depressão, bem como a depressão afeta a funcionalidade do idoso, estando presente na maioria dos deprimidos (Frank, & Rodrigues, 2016). A depressão é uma das doenças que está entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, por conduzir à perda da independência e também perda da autonomia (Bretanha, *et al.*, 2015). Idosos sem depressão tem melhor percepção de envelhecimento bem-sucedido (Jeste, *et al.*, 2013).

A dependência nas atividades de vida diária pode gerar sentimentos de medo, tensão excessiva, e instabilidade emocional nos idosos. Apresentar baixa funcionalidade comumente propicia estresse e ansiedade, pois traz mudanças na identidade, na imagem corporal e exige o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Nicholson, Meyer, Flatley, Holman, & Lowton, 2012). De acordo com Kagawa, e Corrente (2015), a capacidade funcional tem implicações diretas na saúde psicológica, pois está relacionada com a capacidade do idoso de desfrutar lazer, trabalhar, se entrosar e realizar atividades dentro e fora de casa. Segundo Ní Mhaoláin, *et al.* (2012), mesmo no estágio inicial da fragilidade, há um aumento de *stress* emocional, com maior probabilidade de ansiedade clínica. A ansiedade crônica pode ser consequência de doença física comórbida, ou em si, pode contribuir para a deterioração da saúde, aumentando a morbidade e mortalidade.

A análise comparativa dos dados revelou maior frequência de idosos com ansiedade com baixo envolvimento social. A saúde e o bem-estar dos idosos podem ser afetados pelo nível de participação social, pois esse envolvimento conecta-os com o mundo, favorece a manutenção do senso de controle, da autoestima, de uma imagem social positiva e a participação política (Pinto, & Neri, 2013). A participação em centros de convivência, atividades religiosas, voluntárias ou comunitárias, e atividades físicas refletem motivações, metas de vida, escolhas pessoais e a seleção de atividades e parceiros sociais que ofereçam apoio e senso de pertencimento (Ribeiro, *et al.*, 2013).

A baixa frequência de envolvimento social sinaliza a dificuldade para o desempenho de atividades mais complexas e avançadas, que envolvem papéis sociais importantes geradores de demandas psicossociais (Singh, & Misra, 2009). A participação social tem efeito protetor sobre a saúde mental na velhice e é um indicador de envelhecimento saudável, pois favorece a promoção de saúde, além da prevenção e/ou tratamento de síndromes geriátricas (Borges, *et al.*, 2013; Minghelli, *et al.*, 2013; Pinto, & Neri, 2013.)

Os idosos com percepção de baixo suporte social apresentaram mais sintomas de ansiedade. As trocas de apoio são capazes de atuar positivamente na medida em que favorecem o enfrentamento e a recuperação, exercem efeito amortecedor em relação ao estresse e contribuem para a manutenção do bem-estar emocional dos idosos, haja vista a ampliação de vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011). A percepção de que há pessoas disponíveis para dar suporte emocional, material ou instrumental auxilia o idoso diante das demandas cotidianas, diminuindo as tensões e preocupações.

Por outro lado, indivíduos com ansiedade tendem a experimentar emoções negativas de forma incontrolável e, muitas vezes, faltam habilidades necessárias para gerenciá-las e regulá-las (Carl, Soskin, Kerns, & Barlow, 2013), o que gera respostas comportamentais e emocionais mal-adaptativas na dinâmica pessoa-ambiente. As redes sociais são importantes para a troca de recursos, para a influência social, e para o contato face a face, e a experiência de restrição social pode interferir nas interações positivas, e forçar a pessoa a envolver-se mais em trocas negativas, o que resulta em menor bem-estar (Sherman, Skrzypek, Bell, Tatum, & Paskett, 2011).

Depressão e ansiedade aparecem frequentemente como condições comórbidas (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Neri, 2006; Xavier, *et al.*, 2001). Experiências estressantes, como a perda do cônjuge, aposentadoria, renda reduzida, doença, ou realojamento requerem ajustamento. O acúmulo de *stress* manifesta-se em medos e preocupações que resultam em ansiedade e as transições que desafiam os recursos psicossociais podem ser acompanhadas de sintomas depressivos. Dada a heterogeneidade na forma que se apresentam, as duas condições clínicas permanecem frequentemente subdiagnosticadas ou, quando diagnosticadas, são subtratadas. É importante ressaltar que a saúde mental deve ser levada em consideração, assim como os aspectos físicos e biológicos do idoso.

Considerações Finais

Os resultados obtidos mostraram associação entre depressão e ansiedade e comprometimento funcional no desempenho das atividades de vida diária, bem como da ansiedade com baixo envolvimento social e baixo suporte social percebido. Medidas para redução do risco e da prevalência de depressão e ansiedade em idosos deveriam incluir melhor prevenção e tratamento das condições de saúde incapacitantes, bem como estratégias de compensação do dano funcional já instalado, suporte social adequado, prevenção do isolamento social e fortalecimentos dos recursos psicossociais que favorecem a regulação emocional e o ajustamento psicológico.

A integração de perdas através do luto, apoiada pela capacidade de se conectar às novas circunstâncias e adaptar-se, considerando-se as ambiguidades e desconexões, é uma tarefa social e individual. O equilíbrio entre a autonomia e a dependência e a mudança de papéis na velhice é complexo.

A perda da independência é um desafio para a própria identidade e para a posição social no mundo, dificulta o acesso à sociedade e, ao mesmo tempo, estar restrito ao domicílio aumenta a desconexão social, dificulta o estabelecimento de rotinas por precisar da ajuda de alguém e altera a maneira pela qual é visto por amigos e pela família. Destaca-se a importância do envolvimento de pessoas significativas com as histórias dos idosos, do reconhecimento e da valorização dos rituais diários, que escoram sua experiência e da manutenção das conexões sociais.

Um envelhecimento bem-sucedido dependerá da capacidade de o indivíduo balancear comprometerimentos funcionais, sociais e ambientais ao longo da vida. O bem-estar subjetivo e a saúde psicológica são indicadores da qualidade de vida em idosos. Ressalta-se a necessidade de uma maior atenção pública para os sintomas depressivos e a ansiedade em idosos e para seus fatores de risco. O diagnóstico e o tratamento inadequados geram desfechos negativos de saúde física e psicológica.

Referências

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865. Recuperado em 01 março, 2016, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10521885>.
- Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., Domingues, M. A. R., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2603-2611. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>.
- Batistoni, S. S. T. (2005). Depressão. In: Neri, A. L. *Palavras-chave em Gerontologia*, 59-61. Campinas, SP: Alínea.
- Batistoni, S. S. T., Bueno, D. R. S., Di Nucci, F. C. F., & Yassuda, M. S. (2011). Status cognitivo, satisfação com a cognição e sintomas depressivos. In: Neri, A. L., & Guariento, M. E. (Orgs.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas*, 187-204. Campinas, SP: Alínea.
- Borges, L. J., Benedetti, T. R. B., Xavier, A. J., & d'Orsi, E. (2013). Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. São Paulo (SP): *Rev Saúde Pública*, 47(4), 701-710. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>.
- Bretanha, A. F., Facchini, A. L., Nunes, P. B., Munhoz, N. T., Tomasi, E., & Thumé, E. (2015). Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 18(1), 1-12. Recuperado em 01 março, 2016, de doi <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.

- Brito, F. C., Nunes, M. I., & Yuaso, D. R. (2007). Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: M. Papaléo Netto (Ed.). *Tratado de Gerontologia*. São Paulo, SP: Atheneu, 133-146.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 343-360. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi 10.1016/j.cpr.2013.01.003.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, R. B., & Bottino, C. M. C. (2012). TH em idosos na comunidade. In: Bottino, C. M. C., Blay, S. L., & Laks, J. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*, 03-16. São Paulo, SP: Atheneu.
- Florindo, S. (2007). Ansiedade no idoso. In: Forlenza, O. V. (Org.). *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*, 97-106. São Paulo, SP: Atheneu.
- Fortes, A. C. G. (2005). *Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade: dados do PENSA*. Dissertação de mestrado. Campinas, SP, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2016). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas, E. V., & Py, L. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 391-403. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Koogan.
- Hoffmann, E. J., Ribeiro, F., Farnese, J. M., & Lima, E. W. B. (2010). Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *J Bras Psiquiatr*, 59(3), 190-197. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300004>.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock D., Golshan, S., Kraemer, H. C., & Depp, C. A. (2013). Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *Am J Psychiatry*, 170(2), 188-196. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi 10.1176/appi.ajp.2012.12030386.
- Kagawa, C. A., & Corrente, J. E. (2015). Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(3), 577-586. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140>.
- Lino, V. T. S., Pereira, S. E. M., Camacho, L. A. B., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 103-112. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Schwalm, M. T., Ceretta, R. A., Ceretta, L. B., & Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiat*, 65(1), 28-35. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000100>.

- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *J Bras Psiquiatr*, 55(1), 26-33. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004>.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiq Clín*, 40(2), 71-76. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>.
- Neri, A. L., & Batistoni, S. S. T. (2012). Origens sociais da Depressão. In: Bottino, C. M. C., Blay S. L., & Laks, J. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*, 177-198. São Paulo, SP: Atheneu.
- Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2011). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas*. Campinas, SP: Alínea.
- Ní Mhaoláin, A. M., Fan, C. W., Romero-Ortuno, R., Cogan, L., Cunningham, C., Kenny, R. A., & Lawlor, B. (2012). Frailty, depression, and anxiety in later life. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1265-1274. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi [10.1017/S1041610211002110](http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211002110).
- Nicholson, C, Meyer, J., Flatley, M., Holman, C., & Lowton, K. (2012). Living on the margin: understanding the experience of living and dying with frailty in old age. *Social Science and Medicine*, 75(8), 1426-1432. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi [10.1016/j.socscimed.2012.06.011](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.011).
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Neri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol. Estud.*, 11(2), 351-359. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>.
- Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 18(12), 3449-3460. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200002>.
- Ribeiro, L. H. M., Neri, A. L., Pinto, J. M., Falsarella, G. R., Torres, S. V. S., Rezende, T. C. B., et al. (2013). Desempenho de atividades de vida diária e fragilidade. In: Neri, A. L. (Org.). *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*, 189-208. Campinas (SP): Alínea.
- Sherman, A. M., Skrzypek, A., Bell, R., Tatum, C., & Paskett, E. D. (2011). The contribution of social support and social strain to depressive symptoms in african american, native american, and european women. *Journal of social and personal relationships*, 28(8), 1104-1129. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi [10.1177/0265407511406895](http://dx.doi.org/10.1177/0265407511406895).
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry J*, 18(1), 51-55. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi [10.4103/0972-6748.57861](http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.57861).
- Stella, F. (2012). Comorbidades psiquiátricas: transtornos ansiosos. In: Bottino, C. M. C., Blay S. L. & Laks, J. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*, 537-552. São Paulo, SP: Atheneu.

Virtuoso, J. S. Jr., Martins, A. C., Roza, B. L., Paulo, S. R. T., Ribeiro, L. C. M., & Tribess, S. (2015). Prevalence of disability and associated factors in the elderly. *Texto Contexto-Enferm*, 24(2), 521-529. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001652014>.

Xavier, F. M. F., Ferraz, P. T. M., Trenti, M. C., Argimon, I., Bertolucci, H. P., Poyares, D., & Moriguchi, H. E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 35(3), 294-302. Recuperado em 01 março, 2016, de: doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000300013>.

Recebido em 20/07/2016

Aceito em 16/11/2016

Jessica de Medeiros Possatto – Psicóloga formada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: jessica_possatto@hotmail.com

Dóris Firmino Rabelo – Psicóloga. Mestrado em Gerontologia. Doutorado em Educação. Professora Assistente, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, UFRB, Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFBA.

E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br