



CAPÍTULO 4

SAÚDE MENTAL NO ENVELHECIMENTO

Amanda Braga Pereira

Bruna Ferreira Marinho

Bruna Godinho Corrêa

Laura Machado Vecchi

Kamyle Braga Nickel

Sophia Miranda Vieira Chagas

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade populacional tem contribuído para o aumento da expectativa de vida, o que se reflete em aumento na prevalência de doenças crônicas, como o comprometimento da saúde mental. No Brasil, em particular, a população idosa tem crescido de forma acelerada, demandando cuidados de saúde específicos¹.

O envelhecimento é um processo natural intrínseco ao desenvolvimento humano, em que há mudanças em todo o organismo do indivíduo². Esse processo pode ser percebido como positivo ou negativo, a depender de fatores psicológicos, comportamentais, físicos e socioculturais. Todas as etapas da vida envolvem ganhos e perdas, o que faz diferença é a forma que são enfrentadas. Apesar disso, a maioria dos brasileiros enxergam essa fase como negativa,³ pois o termo “velhice”, socialmente, está fortemente atrelado a limitações e deficiências - um estigma que não necessariamente reflete a realidade^{4,5}.

Essa etapa da vida costuma ser acompanhada de dois fenômenos: a senescênciа e senilidade, em que a senilidade, caracterizada por mudanças fisiopatológicas, pode levar a acometimentos na saúde mental, afetando a cognição⁶. A degeneração de

algumas funções compromete a independência e autonomia do indivíduo,⁷ a partir de um impacto na vida diária e relações com terceiros. Devido a perda de acuidade e sensibilidade, o idoso pode modificar sua forma de ver o mundo, resultando em um impacto na qualidade de vida, com aumento de riscos físicos e problemas psicológicos. Essas alterações de autoimagem, autoconceito e identidade pessoal podem levar a sentimentos de invalidez e incapacidade, além de mudanças em papéis sociais⁸.

Neste capítulo, será discutido o impacto do envelhecimento na vida dos indivíduos - em especial no âmbito cognitivo, psicológico e social. A partir da diferenciação entre envelhecimento cognitivo normal e comprometimento avançado, é possível compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida e autonomia nessa fase da vida. Além do aparecimento de demências e outros transtornos cognitivos, serão abordadas as diferentes formas de manifestação de ansiedade e depressão em idosos, analisando suas causas, sintomas e efeitos dessas condições no dia a dia dessa faixa etária. Também será discutido sobre as abordagens terapêuticas mais eficazes e estratégias de prevenção, que incluem tratamentos psicológicos, dieta equilibrada, prática de exercícios físicos e autocuidado. A partir disso, é possível fornecer um panorama completo sobre o envelhecimento, visando promover uma vida mais equilibrada e serena.

2. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O transtorno depressivo maior (TDM), popularmente conhecido como depressão, é um dos transtornos psiquiátricos com maior prevalência mundial ao longo da vida, afetando indivíduos em diferentes faixas etárias⁹. A nível internacional, é a segunda principal causa de incapacidade e resulta em morbidade e mortalidade^{10,11}.

O predomínio de depressão no Brasil é de 15,5%¹² e, se caracteriza pelo humor depressivo persistente e anedonia (capacidade reduzida de ter prazer), podendo apresentar comprometimento cognitivo, afetando diretamente na aquisição da memória, atenção, concentração, absorção, além de gerar baixa autoestima, dificuldade em tomar decisões, sentimento de falta de esperança e de desamparo¹³.

A depressão é resultante de uma complexa relação entre aspectos sociais, psicológicos e biológicos, tendo predisposições genéticas como um dos fatores primordiais para o desenvolvimento da doença. Na população idosa, destaca-se a perda de autonomia e o agravamento de patologias preexistentes, além de isolamento social, baixa capacidade funcional e redução no autocuidado¹⁴. Essa enfermidade, é comumente mais associada à idosos que apresentam declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, baixa renda, baixa escolaridade e que façam o uso de medicações e/ou sofram de outras comorbidades¹⁵.

Ao se tratar de idosos, o diagnóstico pode ser dificultoso e consideravelmente reduzido, tendo em vista que a depressão tende a ser subdiagnosticada pelos profissionais da saúde, devido às semelhanças da doença com o processo natural de envelhecimento. Dessa forma, estima-se que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais da saúde que atuam na atenção primária¹⁶. Outro fator é a maior prevalência e chance de depressão em mulheres idosas, principalmente em decorrência da taxa de mortalidade masculina entre os idosos ser maior que a feminina, o que caracteriza a feminização do envelhecimento. Aspectos como a viuvez, declínio dos hormônios de estrogênio, maior exposição às doenças crônicas e solidão também estão relacionados a essa causa¹⁴.

De maneira geral, existem diversos tratamentos eficazes para a depressão, assim, profissionais da saúde podem oferecer tratamentos psicológicos, como psicoterapia (em grupo ou individual), terapia cognitivo-comportamental, ativação comportamental, tratamentos psicosociais ou medicamentos antidepressivos¹⁷. Ao tratar-se da terapia medicamentosa com antidepressivos, vale ressaltar que deve ser iniciada com a menor dose possível, seguindo de aumentos de forma gradual durante seu acompanhamento, se necessário. Além disso, é fundamental a individualização do tratamento.

Todas as classes dos antidepressivos têm eficácia similar, portanto, a escolha deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais do medicamento, associação de comorbidades, perfil farmacológico, tolerabilidade, custo e a presença ou não de distúrbio cognitivo¹⁸. Logo, para a recomendação destes fármacos é necessário a consulta e acompanhamento com profissional qualificado, principalmente devido aos riscos de uso excessivo e indiscriminado dessas substâncias, destacando os efeitos adversos e interações medicamentosas potencialmente perigosas¹⁶.

Ademais, o tratamento não farmacológico deve ser estabelecido de forma precoce, e envolve, além das condutas preventivas, a remoção ou controle dos agentes agravantes, orientação familiar e abordagem psicoterápica. Como maneira de tratar e até mesmo prevenir o surgimento da doença, recomenda-se atividades que diminuam os fatores de risco ou precipitantes, como inserções sociais ou religiosas, atividade física e práticas integrativas, como meditação, reiki, arteterapia, musicoterapia, etc. focando sempre nos interesses de cada indivíduo¹⁸.

Como ênfase, os estudos apontam a eficácia da atividade física no tratamento da depressão geriátrica, entre as razões está a distração de pensamentos negativos, a aquisição de uma nova habilidade e a interação social, fator de extrema importância, considerando que o fraco apoio social é um dos principais preditores da sintomatologia da depressão em pessoas idosas. Ademais, o exercício físico pode ter efeitos fisiológicos, como alterações nos níveis de endorfina e monoamina ou uma diminuição no nível do hormônio do estresse cortisol, o que pode melhorar o humor e auxiliar também na promoção de saúde física, além da mental¹⁹.

3. TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), é uma resposta natural dos indivíduos que auxilia na proteção e adaptação a novas situações. No entanto, torna-se patológica quando se manifesta de forma extrema e generalizada, acompanhada por sintomas de medo e tensão, podendo ter como foco de perigo tanto fatores internos quanto externos, dessa forma deixando de ser ansiedade e apresenta-se como transtorno de ansiedade¹³. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, no Brasil, os transtornos de ansiedade estão presentes em 9,3% da população geral, destacando-se como um dos países com maior número de casos do mundo²⁰.

Vale ressaltar que, os transtornos de ansiedade se subdividem de acordo com suas características, podendo ser: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, agorafobia, ansiedade generalizada, ansiedade induzida por substâncias ou condições médicas¹³.

Detalhando alguns destes subtipos, entende-se o transtorno de ansiedade de separação como o medo excessivo envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. O mutismo seletivo se manifesta em interações sociais quando os indivíduos são incapazes de iniciar uma conversa ou responder de forma recíproca ao serem abordados¹³. Tanto o mutismo seletivo quanto a ansiedade de separação, ocorrem predominantemente em crianças.

A fobia específica é o medo ou a ansiedade em relação a presença de um objeto ou situação específica, conhecido como estímulo fóbico. Já o transtorno de ansiedade social se caracteriza pelo medo ou ansiedade acentuados de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. E, o transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes¹³.

Referindo-se a agorafobia, ressalta-se que se caracteriza pelo medo ou ansiedade acentuado ou intenso, desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações. Um dos critérios diagnósticos é o temor ou a evitação de determinadas situações devido à apreensão de que a fuga possa ser dificultada ou de que não haja assistência disponível em caso de manifestação de sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores, como o medo de quedas em idosos, que pode fazer com que o idoso evite sair de casa ou ir a determinados lugares, como supermercados, praças ou usar transporte público, devido ao medo de cair e não conseguir ajuda rapidamente¹³. Esse receio pode ser desencadeado por experiências anteriores de queda ou pela percepção de que sua mobilidade e equilíbrio estão reduzidos.

Em relação ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG), suas características essenciais são ansiedade e preocupação excessivas acerca de diversos eventos ou atividades. Nos idosos, o surgimento de uma doença física crônica pode intensificar a preocupação excessiva, além disso, a preocupação com a segurança, especialmente em relação a quedas, pode restringir a participação em atividades¹³. Por fim, o transtorno de ansiedade induzido por substâncias, têm como característica essencial sintomas de pânico ou ansiedade que são considerados como decorrentes dos efeitos de uma substância, como o uso de determinados medicamentos ou exposição a uma toxina¹³.

De maneira geral, os transtornos de ansiedade em idosos podem se manifestar de diferentes formas, afetando o bem-estar emocional, a independência e a saúde física dos indivíduos. No entanto, essas condições costumam ser subdiagnosticadas, o que leva a um sofrimento emocional prolongado, limitações na autonomia e até mesmo ao aumento da taxa de mortalidade²¹.

A dificuldade em identificar os sintomas e a confusão com outras questões relacionadas ao envelhecimento contribuem para falta de diagnósticos, dificultando o acesso ao tratamento adequado. Dentre todos os subtipos de ansiedade citados, o mais recorrente entre a população idosa é o transtorno de ansiedade generalizada, que apresenta uma prevalência de 11% entre os idosos, apresentando-se principalmente em mulheres^{21,22}.

Assim, tem-se como fatores de risco para indivíduos com 65 anos ou mais a ocorrência de eventos adversos recentes, a presença de doenças médicas crônicas (como distúrbios respiratórios, doenças cardíacas e comprometimento cognitivo) e transtornos mentais crônicos (como depressão, fobias e histórico prévio de transtorno de ansiedade generalizada). Além disso, condições socioeconômicas desfavoráveis, antecedentes familiares de transtornos mentais e a falta de suporte psicológico na infância também demonstraram associação significativa com o desenvolvimento da condição²².

Para prevenir e tratar a ansiedade em idosos, é essencial adotar uma abordagem integrada que considere tanto a saúde mental quanto a física. A prática regular de exercícios, leves ou moderados, pode trazer melhorias para a saúde mental e contribuir no gerenciamento dos transtornos ansiosos²³. Além disso, o apoio social, seja por meio da família, amigos ou grupos comunitários, desempenha um papel fundamental na prevenção do isolamento e da solidão, fatores que podem agravar a ansiedade.

Quanto aos tratamentos psicológicos, a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz para auxiliar no controle dos sintomas. Essa técnica tem sido recomendada para o tratamento de pessoas idosas, visto que é uma abordagem eficaz para o transtorno de ansiedade generalizada, conforme demonstrado por diversas pesquisas²⁴.

Além disso, técnicas de relaxamento como meditação e mindfulness, também contribuem para o equilíbrio emocional. De modo geral, o mindfulness é uma abordagem que objetiva promover a saúde mental, o bem-estar subjetivo e a melhora dos sintomas psicológicos. Assim, ao recomendar técnicas de prevenção e, ou de tratamento quando for adequado, é possível proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida, garantindo que enfrentem essa fase com mais tranquilidade e segurança²⁵.

4. TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS LEVES E MAIORES

Popularmente conhecidas como demências, o termo vem sendo repensado devido ao estigma associado. A partir disso, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS), vem adotando a utilização do termo “transtorno neurocognitivo maior” como uma alternativa mais técnica e abrangente. Logo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria, também adotou a terminologia “transtornos neurocognitivos”, subdividindo-os em leve e maior, conforme a gravidade.

4.1 Transtorno Neurocognitivo Leve

Sabe-se que doenças como a hipertensão arterial, obesidade e diabetes e a idade avançada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios cognitivos, porém, o envelhecimento por si só não implica necessariamente em prejuízos dessa ordem^{4, 5, 26}. Isso pois é através da cognição que as informações são assimiladas, por meio da aquisição, processamento, armazenamento e recuperação de informações pelo cérebro²⁷. Esse processo envolve habilidades como atenção, percepção, memória, habilidades motoras, funcionamento executivo e habilidades verbais e de linguagem²⁸.

O Comprometimento Cognitivo Leve é definido como um estado intermediário entre o envelhecimento cognitivo normal e o comprometimento avançado (ou maior, também conhecido como demência)²⁹. Nesse estado, ocorrem prejuízos na cognição, mas sem interferência na autonomia, sendo assim o idoso desempenha suas atividades antes habituais com um pouco mais de dificuldade, mas ainda com independência ou com o mínimo de assistência³⁰.

Não há evidências que sustentem o uso de fármacos para prevenir o declínio cognitivo em pessoas com a cognição preservada ou com alterações leves, como a suplementação de estrogênio/progesterona, antidiabéticos, entre outros,³¹ sendo sempre importante o uso desses medicamentos apenas sob recomendação médica, pois servem como tratamento de outras alterações. Entretanto, em específico dos transtornos cognitivos leves, recomenda-se a adesão a um estilo de vida saudável,

com dieta adequada, prática regular de exercícios físicos e ausência de tabagismo como fatores que podem auxiliar na prevenção do declínio cognitivo^{32,33}. Isso pois a atividade física está diretamente relacionada com a plasticidade cerebral, ou seja, a capacidade do cérebro de se reorganizar e se adaptar a novas experiências. Além de prevenir a deterioração cognitiva, também reduz o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e transtornos psicológicos, como a depressão³⁴.

4.2 Transtorno Neurocognitivo Maior

O Transtorno Neurocognitivo Maior é uma síndrome neurodegenerativa caracterizada pelo comprometimento progressivo e generalizado da memória, associado a prejuízos em uma ou mais funções cognitivas, como linguagem, agnosia, apraxia e funções executivas. A severidade dessas alterações impacta diretamente a autonomia do paciente, interferindo em suas atividades sociais e ocupacionais^{35,36}.

As síndromes podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas e não degenerativas. As não degenerativas são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias. Já as degenerativas têm sua origem predominantemente cortical, como a Doença de Alzheimer, e subcortical, como a doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade³⁵.

O avanço dos sintomas frequentemente acarreta limitações significativas na rotina do paciente, entre os sintomas psicológicos e psiquiátricos mais comuns, destacam-se alterações de humor (incluindo depressão, euforia), delírios, alucinações, apatia, irritabilidade, desinibição, ansiedade, agressividade verbal e física. Além disso, podem ocorrer padrões de comportamento repetitivos, como inquietação motora, distúrbios do sono, alterações no apetite e modificações na expressão da sexualidade^{35,37,38}.

A partir destes sintomas suspeita-se da ocorrência de uma patologia associada, mas o processo diagnóstico baseia-se essencialmente em critérios clínicos, considerando padrões estabelecidos para classificação da doença e análise minuciosa da história clínica, associada a exames laboratoriais, de imagem e avaliação neuropsicológica³⁹.

O curso clínico da maioria das demências é caracterizado por um início insidioso, seguido por um declínio progressivo das funções cognitivas, com prejuízo inicial da memória de fixação. À medida que a doença evolui, observa-se um comprometimento crescente da capacidade funcional, impactando as atividades de vida diária e reduzindo a autonomia do paciente. Com o avanço do quadro, surgem manifestações neurológicas adicionais, deterioração física e o agravamento de comorbidades associadas, tornando o processo irreversível³⁵.

4.3 Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a condição neurodegenerativa mais prevalente entre as idades avançadas, tendo como primeiro sintoma clínico normalmente observado a perda de memória recente, enquanto as memórias mais distantes permanecem preservadas até estágios mais avançados da doença^{37, 40}. Cerca de um terço dos casos de Alzheimer apresenta um padrão familiar, normalmente, esses casos estão relacionados ao início precoce da doença. Em famílias amplamente estudadas, a incidência de casos consecutivos é alta, e os pacientes afetados têm 50% de chance de transmitir a patologia para seus filhos, tornando a genética um fator crucial na previsão e estudo dessa doença neurodegenerativa⁴⁰.

À medida que a doença avança, além das dificuldades em manter a atenção e a diminuição da fluência verbal, outras funções cognitivas também se deterioram. Entre estas estão a capacidade de realizar cálculos, habilidades visuo-espaciais e a habilidade de utilizar objetos comuns e ferramentas. Enquanto a vigilância e a clareza mental dos pacientes não costumam ser comprometidas até que a doença esteja em um estágio avançado. Já em relação à motricidade, não se observa uma fraqueza muscular significativa, embora a presença de contraturas musculares seja uma característica quase universal nos estágios finais da doença⁴⁰.

Além dos déficits cognitivos, os pacientes frequentemente apresentam distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e episódios depressivos. Os transtornos de humor são comuns, acometendo uma grande parte dos indivíduos diagnosticados com Alzheimer em alguma fase do processo demencial. Estima-se que até 40-50% dos pacientes apresentam sintomas depressivos, enquanto cerca de 10-20% desenvolvem transtornos depressivos mais graves. Outros sintomas frequentemente observados incluem apatia, lentificação da marcha ou do discurso, dificuldade de concentração, perda de peso, insônia e episódios de agitação, os quais são característicos da evolução da síndrome demencial³⁷.

Grandes esforços têm sido realizados para compreender e tratar a doença de Alzheimer, porém, o manejo adequado da patologia deve ser personalizado de acordo com cada caso, levando em consideração as condições e necessidades individuais do paciente, com ajustes conforme o progresso da doença. Tanto o paciente quanto os cuidadores devem ser incluídos no processo, adotando todas as medidas possíveis para envolver o paciente, mesmo quando há diminuição cognitiva. Nestes casos, a abordagem deve ser multidisciplinar, contando com a colaboração de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e instituições de apoio, quando necessário. Entre as questões relevantes a serem consideradas estão o apoio domiciliar, questões financeiras e planejamento futuro, especialmente enquanto o paciente ainda possui capacidade decisional. O encaminhamento para cuidados paliativos, a fim de discutir o planejamento para o fim da vida, pode ser de grande valia, preferencialmente antes que a patologia alcance estágios mais avançados⁴¹.

4.4 Prevenção e Tratamento dos Transtornos

Pesquisas recentes fornecem evidências substanciais de que a participação em atividades intelectualmente desafiadoras na meia-idade estão associadas a um desempenho cognitivo mais favorável durante a vida adulta. Uma das principais fontes dessa evidência são os estudos que investigam as ocupações ao longo da vida e o impacto delas no desempenho cognitivo na fase de envelhecimento. Existe uma crescente de pesquisas sugerindo que estilos de vida mais ativos e a vivência em ambientes mais complexos favorecem um melhor desempenho cognitivo, além disso, esses ambientes mais estimulantes parecem contribuir para o aumento da reserva cognitiva, um conceito que se refere à capacidade do cérebro de lidar com danos e mudanças decorrentes do envelhecimento, funcionando como um fator protetor contra os efeitos da neurodegeneração⁴².

Assim, as atividades desempenhadas ao longo da vida, sejam laborais ou não, têm um impacto significativo na formação e manutenção das redes neurais, o que resulta em diferentes riscos cognitivos na velhice. Em particular, atividades de lazer, como as físicas, cognitivas e sociais, são componentes essenciais de um estilo de vida saudável, sendo benéficas para a preservação da cognição⁴².

Em estágios avançados, a abordagem pode ser farmacológica ou não farmacológica, como treinamento em habilidades de comunicação, musicoterapia e treinamento em cuidados centrados na pessoa, as quais têm mostrado algum benefício no manejo dos sintomas de doenças deste porte⁴¹. Essas atividades podem incluir o reconhecimento de figuras e objetos, a identificação de ambientes, atividades manuais como bordado e tricô, além de atividades de lazer, como dança, caminhada e esportes, que estimulam a interação e o bem-estar dos pacientes⁴³.

Devido ao impacto que exerce sobre a memória e as funções cognitivas, as doenças neurodegenerativas, muitas vezes exigem que a pessoa afetada conte com o auxílio de um cuidador, que a assista nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária, além de garantir uma supervisão contínua, para própria proteção⁴³. Os cuidadores informais são indivíduos próximos ao paciente, como familiares, amigos ou vizinhos, que frequentemente assumem a responsabilidade pelo cuidado de forma voluntária. Essa assistência é motivada por sentimentos de obrigação, afeto, dependência ou, em alguns casos, pela impossibilidade financeira de contratar um cuidador formal. Pesquisas indicam que, na maior parte das vezes, esse cuidado é prestado pelos cônjuges, predominantemente do sexo feminino, que também são idosos e frequentemente relatam sentir-se sobrecarregados com as tarefas envolvidas⁴³.

A falta de compreensão do cuidador informal sobre o real nível de assistência necessário pode ser um obstáculo significativo, uma vez que, em determinadas situações, a pessoa idosa ainda é capaz de realizar algumas atividades sozinha. No

entanto, o receio e o temor de negligência podem levar o cuidador a realizar essas tarefas com ou pela pessoa idosa,⁴³ o que pode resultar na diminuição mais acelerada das capacidades funcionais dos idosos, sendo importante que os cuidadores informais recebam informações e assistências de equipes multiprofissionais de Unidades Básicas de Saúde, e, ou da Atenção Primária para este cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Escorsim SM. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. *Serv Soc Soc.* 2021; (258):427-46. doi: 10.1590/0101-6628.258.
2. Mitina M, Young S, Zhavoronkov A. Psychological aging, depression, and well-being. *Aging.* 2020;12(18):18765-77. doi: 10.18632/aging.103880.
3. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):128-37. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002170013>
4. Deckers K, et al. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30(3). doi: 10.1002/gps.4245.
5. Silva MAR, Araújo RM. A perda de autonomia no envelhecimento e suas repercussões na saúde mental do idoso. 2024.
6. China DL, et al. Envelhecimento ativo e fatores associados. *Rev Kairós-Gerontol.* 2021;24:141-56. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p141-156>.
7. Winblad B, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol.* 2016;15(5):455-532. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.
8. Figueiredo MHJS, et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Rev Kairós-Gerontol.* 2011;14(Esp 9):11-22. doi: 10.23925/2176-901X.2011v14iEspecial9p11-22.
9. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2009 Jun;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639.
10. Dotson VM, McClintock SM, Verhaeghen P, Kim JU, Draheim AA, Syzmkowicz SM, et al. Depression and cognitive control across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2020 Dec;30(4):461-76. doi: 10.1007/s11065-020-09436-6.

11. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011 Jul 6;475(7354):27-30. doi: 10.1038/475027a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Depressão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2021 [citado 2025 Mar 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/sauda/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed. text rev. Arlington: American Psychiatric Association; 2022.
14. Silva MPGPC, Feitosa PY de O, Silva JEG dos S, Nogueira MF, Rocha FL, Figueiredo DST de O. Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2024;27:e230289. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230289.pt>
15. Alvarenga MRM, Oliveira MA de C, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012;25(4):497–503. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
16. Ramos FP, Silva SC da, Freitas DF de, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BV de O, et al. Fatores associados à depressão em idoso. *REAS* [Internet]. 2019 Jan 9; (19):e239. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Depressão [Internet]. OPAS; 2025 [citado em 17 mar 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Hidalgo JLT, Sotos JR. Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Ann Fam Med*. 2021;19(4):302-309. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2670>.
20. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
21. Farias WM de, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB dos, Maximiano-Barreto MA, Fermoseli AF de O. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió. *Rev Med (São Paulo)*. 2022;101(1). doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-188307>.

22. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). *Transl Psychiatry*. 2015;5(3):e536. doi: 10.1038/tp.2015.31.
23. Santos CA, Batista JI, da Silva JL. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. *Rev Corpoconsciência*. 2015;19(3):1-10.
24. Reyes AN, Fermann IL. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Rev. bras. ter. cogn.* 2017;13(1). doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170008>
25. De Souza FVS, Da Silva JP. Intervenções baseadas em Mindfulness para idosos: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*. 2022;15(2). doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.152.15>
26. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
27. Lawlor PG. The panorama of opioid-related cognitive dysfunction in patients with cancer. *Cancer*. 2002;94(6):1836–53. doi: 10.1002/cncr.10420.
28. Gellman MD, Turner JR, eds. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer; 2013. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9.
29. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TS, Ganguli M, Gloss D, et al. Comprometimento cognitivo leve: um conceito em evolução. *J Intern Med*. 2014;275(3):214–28. doi: 10.1111/joim.12190.
30. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2227–34. doi: 10.1056/NEJMcp0904457.
31. Fink HA, Jutkowitz E, McCarten JR, Hemmy LS, Butler M, Davila H, et al. Pharmacologic interventions to prevent cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer-type dementia: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2018;168(1):39–51. doi: 10.7326/M17-1529.
32. Dominguez LJ, Veronese N, Baiamonte E, Barbagallo M. Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. *Nutrients*. 2021;13(11):4080. doi: 10.3390/nu13114080.
33. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Rev Mosaicum*. 2018;(27):223–38.
34. Neves GN, Silva D. Atividade física e o desenvolvimento da plasticidade cerebral. *Fac Sant'Anna Rev*. 2019;3(2):158-69.

35. Araújo CL de O, Nicoli JS. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2011 [citado 2025 fev 21];13(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872>
36. Cipriani G, Danti S, Picchi L, Nuti A, Fiorino MD. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol.* 2020;14(2):93-102. doi: 10.1590/1980-57642020dn14-020001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32595877/>
37. Brucki SMD, Aprahamian I, Borelli WV, da Silveira VC, Ferretti CEL, Smid J, et al. Management in severe dementia: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol.* 2022;16(3 Suppl 1):101-120. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2022-S107PT. PMID: 36533155; PMCID: PMC9745996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36533155/>
38. Tiel C, Sudo FK, Calmon AB. Neuropsychiatric symptoms and executive function deficits in Alzheimer's disease and vascular dementia: the role of subcortical circuits. *Dement Neuropsychol.* 2019;13(3):293-8. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-030005. PMID: 31555401; PMCID: PMC6753905. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31555401/>
39. Engelhardt E, Resende EPF, Gomes KB. Mecanismos fisiopatológicos subjacentes à doença de Alzheimer: uma revisão narrativa. *Dement Neuropsychol.* 2024;18:e2024VR01. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2024-VR01. PMID: 39697643; PMCID: PMC11654088. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39697643/>
40. Sereniki A, Vital MABF. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(1). doi: 10.1590/S0101-81082008000200002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200002>
41. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2018;25(1):59-70. doi: 10.1111/ene.13439. PMID: 28872215.
42. Feldberg C, Barreiro JP, Quián MDR, Hermida PD, Ofman SD, Irrazabal NC, et al. Occupational complexity of paid work and housework, and its impact on the cognitive performance in community dwelling older adults, preliminary results. *Dement Neuropsychol.* 2024;18:e20230038. doi: 10.1590/1980-5764-DN-2023-0038. PMID: 38469121; PMCID: PMC10926987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38469121/>
43. Silva PV de C, Silva CMP da, Silveira EAA da. A família e o cuidado de pessoas idosas com doença de Alzheimer: revisão de escopo. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220313. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0313pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0313pt>