INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
(PIBIC)

ROBERTO LIRA BARROS

AVALIAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL COMO FATOR ASSOCIADO À DEPRESSÃO EM IDOSOS ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Recife
2026

ROBERTO LIRA BARROS

AVALIAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL COMO FATOR ASSOCIADO À DEPRESSÃO EM IDOSOS ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Artigo científico submetido ao XVII Congresso Estudantil da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), como finalização do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP) e como requisito parcial à apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Linha de pesquisa: Estudos epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos na saúde do adulto.
Aluno candidato à bolsa: Roberto Lira Barros
Alunos colaboradores: Laura Correia Jacinto
Marcos Kauã Nogueira da Silva
Marília Soares Alencar
Savicevic Ortega Silva de Melo
Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Coorientador: Eduardo Jorge Abrantes da Fonte

Recife
2026

Participantes da pesquisa:

Estudante bolsista:

Roberto Lira Barros

Acadêmico de Medicina do 11º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). https://orcid.org/0009-0002-9706-896X

Estudantes colaboradores:

Laura Correia Jacinto

Acadêmica de Medicina do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). https://orcid.org/0009-0006-4761-2081

Marcos Kauã Nogueira da Silva

Acadêmico de Medicina do 11º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). https://orcid.org/0009-0001-4385-6605

Marília Soares Alencar

Acadêmica de Medicina do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). https://orcid.org/0009-0008-2302-7923

Savicevic Ortega Silva de Melo

Acadêmico do 11º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). https://orcid.org/0009-0000-0104-170X

Orientador:

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Graduado em Psicologia pela UEPB, com especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de SP, Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE e Pós-doutorado em ciências da Saúde pela UFRN. É tutor da graduação e da pós-graduação da FPS e coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS.

https://orcid.org/0000-0002-0856-8915

Coorientador:

Eduardo Jorge Abrantes da Fonte

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (2000). Atualmente é médico do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco. Possui experiência naárea de Medicina, com ênfase em Geriatria.

https://orcid.org/0000-0002-8731-199X

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre a rede de apoio social e os sintomas depressivos em idosos atendidos ambulatorialmente em um hospital de referência do Nordeste brasileiro. **Métodos**: estudo transversal, descritivo com componente analítico, conduzido no ambulatório de Geriatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, em Recife, com 155 idosos selecionados por conveniência. Aplicaram-se um formulário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens e a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study de 6 itens, esta dicotomizada pela mediana amostral. As associações foram avaliadas por testes de qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher e por testes de comparação de médias, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados**: a idade média foi de 73,37 anos (DP 7,37) e 104 participantes (67,1%) eram mulheres. Sintomas depressivos estavam presentes em 46 idosos (29,7%) e 84 (54,2%) foram classificados com baixo apoio social. A prevalência de sintomas depressivos foi de 39,3% entre os idosos com baixo apoio social e de 18,3% entre aqueles com alto apoio (razão de prevalência 2,15; IC95% 1,23-3,75; p = 0,004). O apoio social percebido associou-se ainda à moradia com familiares (p = 0,001), à religião (p = 0,008), à procedência (p = 0,012), à idade (p = 0,007) e ao número de filhos (p = 0,013). **Conclusão**: o baixo apoio social percebido associou-se a maior prevalência de sintomas depressivos, reforçando a pertinência de incorporar a avaliação da rede de apoio à rotina do cuidado geriátrico ambulatorial.

Palavras-chave: depressão; apoio social; idoso; geriatria.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between the social support network and depressive symptoms in older adults treated at an outpatient clinic of a reference hospital in Northeastern Brazil. **Methods:** a descriptive cross-sectional study with an analytical component was conducted at the Geriatrics outpatient clinic of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, in Recife, with 155 older adults selected by convenience sampling. A sociodemographic form, the 15-item Geriatric Depression Scale, and the 6-item Medical Outcomes Study Social Support Survey were applied, with the latter dichotomized by the sample median. Associations were evaluated using Pearson's chi-square or Fisher's exact tests, and mean comparison tests, adopting a 5% significance level. **Results:** the mean age was 73.37 years (SD 7.37), and 104 participants (67.1%) were women. Depressive symptoms were present in 46 older adults (29.7%), and 84 (54.2%) were classified as having low social support. The prevalence of depressive symptoms was 39.3% among older adults with low social support and 18.3% among those with high social support (prevalence ratio 2.15; 95% CI 1.23-3.75; p = 0.004). Perceived social support was also associated with living with family members (p = 0.001), religion (p = 0.008), origin (p = 0.012), age (p = 0.007), and number of children (p = 0.013). **Conclusion:** low perceived social support was associated with a higher prevalence of depressive symptoms, reinforcing the relevance of incorporating the evaluation of the support network into the routine of geriatric outpatient care.

Keywords: depression; social support; aged; geriatrics.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é marcado por alterações funcionais e estruturais que ocorrem ao longo do tempo e são influenciadas por fatores psicossociais, ambientais e de estilo de vida.[1] Tais mudanças aumentam a vulnerabilidade a doenças crônicas, como as cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e disfunções neuroendócrinas.[1,2] Além dos agravos físicos, os idosos enfrentam maior suscetibilidade a problemas psicológicos e sociais, incluindo depressão, isolamento, perda de papéis sociais, dependência, aposentadoria e mudanças nas dinâmicas familiares e afetivas.[3]

No Brasil, observa-se um crescimento expressivo e consolidado da população idosa, resultado do avanço nas condições de vida e da preparação de mais pessoas para uma longevidade com melhor qualidade de vida. Esse novo panorama impõe desafios à sociedade contemporânea, exige atenção dos profissionais de saúde e demanda maiores investimentos em saúde e seguridade social. Entre os problemas mais prevalentes nessa fase da vida destacam-se os transtornos mentais, sendo a depressão a condição mais frequente.[4]

Segundo o relatório World Mental Health Today, da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental em todo o mundo. Nesse cenário, a depressão e a ansiedade destacam-se como as condições mais prevalentes, configurando, em conjunto, a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade globalmente. O documento estima que, globalmente, apenas 9% das pessoas com depressão recebem tratamento minimamente adequado, e que a cobertura de atendimento em saúde mental é ainda mais desigual entre países: menos de 10% das pessoas com transtornos mentais em países de baixa renda recebem algum tipo de cuidado, contra mais da metade nos países de alta renda.[5] Trata-se, portanto, de um grave problema de saúde pública que contribui para a incapacidade funcional e o aumento da mortalidade.[6] No contexto latino-americano, o Brasil apresenta a maior prevalência de depressão.[7]

Dentre os grupos mais afetados, a população idosa se destaca. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, cerca de 13,2% dos idosos brasileiros referiram diagnóstico médico de depressão em 2019.[8] Em uma coorte de base nacional do estudo Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), a depressão acometeu 18,6% dos brasileiros com 50 anos ou mais.[9] Apesar da expressiva prevalência, os fatores determinantes da doença e seus impactos na saúde dessa faixa etária ainda são pouco compreendidos, o que favorece subdiagnósticos e tratamentos inadequados.[10] De acordo com a Comissão Lancet-Associação Psiquiátrica Mundial, a depressão em adultos mais velhos é frequentemente subestimada e erroneamente atribuída ao processo natural de envelhecimento, a limitações funcionais ou a condições físicas preexistentes.[11]

Os principais preditores de transtornos e sintomas depressivos em indivíduos idosos incluem o sexo feminino, o histórico prévio de depressão, a presença de comorbidades, os comprometimentos cognitivo e funcional, além da falta ou perda de apoio social. A ausência de suporte adequado pode predispor o idoso a uma série de desfechos negativos, como morbidades, incapacidade, declínio cognitivo, institucionalização e até mesmo a morte. Somam-se a isso a carência de assistência e a insatisfação com o suporte disponível, que configuram importantes fatores de risco para sintomas depressivos.[12]

O apoio social, por sua vez, é um conceito multidimensional que engloba recursos materiais e psicológicos acessados por meio das redes sociais das pessoas, abrangendo quatro componentes essenciais: emocional, informacional, financeiro e afetivo.[13] As redes de suporte social exercem papel protetor na saúde mental desse grupo etário, tanto de forma direta, ao proporcionar benefícios por meio dos relacionamentos e cuidados, quanto de maneira indireta, ao atenuar os efeitos deletérios de eventos adversos ao longo da vida.[14] Corroborando essa perspectiva, uma metanálise recente reuniu evidências de que apoio social, solidão e sintomas depressivos e ansiosos figuram entre os principais correlatos do bem-estar subjetivo em pessoas idosas.[15]

Nesse sentido, avaliar a percepção dos idosos sobre sua rede de apoio social é fundamental para compreender o papel que esse suporte desempenha na saúde mental na velhice. De acordo com o Programa de Ação para a Lacuna de Saúde Mental (mhGAP) da OMS, as intervenções psicossociais devem ser priorizadas no manejo de transtornos mentais comuns, como a depressão. Assim, conhecer como os idosos percebem o apoio recebido pode contribuir para a identificação de vulnerabilidades e orientar ações de cuidado mais efetivas e centradas no indivíduo.[16,17]

A relação entre apoio social e sintomas depressivos em idosos tem sido investigada com o uso de instrumentos validados, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e a Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS-SSS), que permitem mensurações padronizadas e comparáveis entre diferentes populações.[18,19,20] Tais ferramentas possibilitam uma avaliação padronizada tanto da presença de sintomas depressivos quanto da percepção de apoio social, o que favorece a análise de associações entre essas variáveis e contribui para o delineamento de intervenções terapêuticas mais adequadas.[18]

Apesar das evidências crescentes, são escassas as investigações conduzidas no contexto brasileiro, especialmente em serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e na região Nordeste, onde o perfil socioeconômico da população idosa difere substancialmente daquele descrito nos estudos das regiões Sul e Sudeste.[9,21,22] A investigação da associação entre a rede de suporte social e a depressão nesse cenário configura-se como estratégia relevante para embasar intervenções

interdisciplinares voltadas à melhoria da qualidade de vida, da funcionalidade e do bem-estar psicossocial dessa população, além de oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas e para a detecção precoce de transtornos depressivos em um grupo demograficamente crescente e vulnerável.

Diante desse contexto, este estudo teve por objetivo analisar a relação entre a rede de apoio social e os sintomas depressivos em idosos atendidos ambulatorialmente em um hospital de referência do Nordeste brasileiro, bem como descrever o perfil sociodemográfico desses participantes e verificar a associação de suas características com a presença de sintomas depressivos e com a percepção de apoio social.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo com componente analítico, realizado no ambulatório de Clínica Médica (Geriatria) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), hospital de referência do SUS localizado em Recife, capital do estado de Pernambuco. O serviço integra um complexo hospitalar de ensino e presta assistência a idosos procedentes da capital, da região metropolitana e do interior do estado.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2025 e julho de 2026. A população do estudo foi composta por pessoas com 60 anos ou mais atendidas ambulatorialmente no referido serviço. Foram incluídos os idosos que consentiram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles com diagnóstico prévio de demência moderada ou grave que comprometesse a compreensão e a resposta aos questionários, bem como os portadores de doenças psiquiátricas graves previamente diagnosticadas, como esquizofrenia e transtorno bipolar, que pudessem interferir na avaliação dos sintomas depressivos.

A amostra foi obtida por conveniência. Os participantes foram abordados após a consulta eletiva, e a elegibilidade foi verificada por meio de lista de checagem contendo os critérios de inclusão e exclusão. A apresentação do estudo foi conduzida por pesquisadores previamente treinados, que expuseram os objetivos e os procedimentos da pesquisa e esclareceram eventuais dúvidas antes da obtenção do consentimento. Os instrumentos foram aplicados sob a forma de entrevista, em ambiente reservado, com tempo médio de preenchimento de aproximadamente 25 minutos. A presença de acompanhante foi permitida sempre que necessária para assegurar a compreensão adequada dos instrumentos.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado no *software* OpenEpi, considerando uma população-alvo de aproximadamente 288 idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do IMIP em

seis meses, um tamanho de efeito de interesse de 18,6%[9] e um limite de confiança de 5,0%, do que resultou o número de 128 participantes. Acrescentaram-se 20% para compensar eventuais perdas e recusas, totalizando 154 idosos. Ao final da coleta, foram obtidos 155 questionários válidos, número superior ao previsto.

A presença e a gravidade dos sintomas depressivos foram avaliadas pela versão abreviada de 15 itens da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15),[23] instrumento validado internacionalmente e adaptado ao contexto brasileiro,[19] composto por questões dicotômicas que investigam o estado afetivo do idoso na semana precedente. A pontuação total varia de 0 a 15 pontos e foi interpretada em três categorias: de 0 a 5 pontos, ausência de sintomas depressivos clinicamente relevantes; de 6 a 10 pontos, depressão leve; e de 11 a 15 pontos, depressão severa. Para fins descritivos, considerou-se como presença de sintomas depressivos a pontuação igual ou superior a 6, correspondente à soma das categorias de depressão leve e severa.

A percepção de apoio social foi mensurada pela versão reduzida da Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS-SSS-6),[20,24] composta por seis itens respondidos em escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre), a partir da pergunta condutora "Se você precisar, com que frequência conta com alguém…". A pontuação total varia de 6 a 30 pontos, e valores mais elevados refletem maior percepção de apoio. Conforme previsto no protocolo, a variável foi dicotomizada com base na mediana observada na amostra, que correspondeu a 25 pontos: participantes com escores superiores à mediana foram classificados como tendo alto apoio social e os demais, como apresentando baixo apoio social.

Aplicou-se ainda um formulário elaborado especificamente para o estudo, contemplando as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, cor/raça, procedência, estado civil, escolaridade em anos de estudo, renda mensal em salários mínimos, histórico laboral, número de filhos, moradia com familiares e religião.

Os dados foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel e analisados no *software* Stata 19. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), acompanhadas dos percentis 25 e 75 e dos valores mínimo e máximo. Para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas e as variáveis categóricas de desfecho, calcularam-se as medidas descritivas em cada categoria e aplicaram-se o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney, na comparação entre dois grupos, e a análise de variância (teste F) ou o teste de Kruskal-Wallis, na comparação entre três grupos, conforme o atendimento aos pressupostos de normalidade e de homogeneidade de variâncias. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada pelo teste do qui-

quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher, conforme a adequação às frequências esperadas. Adicionalmente, a razão de prevalência bruta de sintomas depressivos segundo o apoio social percebido foi estimada a partir da tabela de contingência 2 × 2, com intervalo de confiança de 95% calculado pelo método logarítmico. Considerou-se *p-valor* < 0,05 como indicativo de associação estatisticamente significativa.

Dois registros apresentaram inconsistência pontual: um deles continha valor inválido na variável estado civil e outro não dispunha de informação quanto à religião. Ambos foram tratados como dados faltantes na respectiva variável, sem exclusão do participante das demais análises; nessas duas variáveis, os percentuais foram calculados sobre o total de respostas válidas (n = 154).

O estudo foi conduzido em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, propostas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, visando à preservação dos quatro referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Atende, ainda, aos requisitos da Declaração de Helsinque para pesquisa em seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, sob CAAE nº 94841426.2.0000.5201. A redação do manuscrito seguiu as recomendações da iniciativa STROBE para o relato de estudos observacionais.[25]

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Foram avaliados 155 idosos, número superior aos 154 previstos no cálculo amostral. A idade média foi de 73,37 anos (DP 7,37), com mediana de 72,00 anos (P25-P75: 68,00-78,00) e amplitude de 61 a 92 anos. A escolaridade média foi de 7,43 anos de estudo (DP 4,39), com mediana de 7,00 anos (P25-P75: 4,00-12,00), variando de nenhum ano completo a 18 anos. O número de filhos apresentou média de 3,41 (DP 2,67) e mediana de 3,00 (P25-P75: 2,00-4,00), com máximo de 16.

Predominaram participantes do sexo feminino (104; 67,1%), de cor/raça parda (73; 47,1%) e procedentes da capital ou de sua região metropolitana (113; 72,9%). Quanto ao estado civil, 72 idosos (46,8%) eram casados e 53 (34,4%) viúvos. A amostra concentrou-se nas faixas de menor renda, com 139 participantes (89,7%) referindo rendimento mensal de até três salários mínimos, e 97 idosos (62,6%) relataram histórico laboral predominantemente manual. A maioria residia com familiares (119; 76,8%) e declarava religião católica (91; 59,1%) (Tabela 1).

Sintomas depressivos e apoio social percebido

O escore médio da GDS-15 foi de 4,05 pontos (DP 2,75), com mediana de 4,00 (P25-P75: 2,00-6,00) e amplitude de 0 a 12 pontos, situando-se, no conjunto da amostra, na faixa de ausência

de sintomas depressivos clinicamente relevantes. Na classificação por categorias, 109 idosos (70,3%) não apresentaram sintomas depressivos significativos, 42 (27,1%) foram classificados com depressão leve e 4 (2,6%) com depressão severa. A presença de sintomas depressivos, definida por pontuação igual ou superior a 6, foi identificada em 46 participantes, correspondendo a 29,7% da amostra.

O escore médio da MOS-SSS-6 foi de 23,63 pontos (DP 5,72), com mediana de 25,00 (P25-P75: 19,50-29,00) e amplitude de 11 a 30 pontos, indicando percepção de apoio social globalmente elevada, próxima ao limite superior da escala. A dicotomização pela mediana classificou 84 idosos (54,2%) como tendo baixo apoio social e 71 (45,8%) como tendo alto apoio social (Tabela 1).

Fatores associados aos sintomas depressivos

O apoio social percebido foi a variável mais fortemente associada aos sintomas depressivos (p = 0,006). Entre os idosos classificados com baixo apoio social, 33 dos 84 (39,3%) apresentaram sintomas depressivos, contra 13 dos 71 (18,3%) entre aqueles com alto apoio social, o que corresponde a uma razão de prevalência bruta de 2,15 (IC95% 1,23-3,75; p = 0,004). O gradiente acompanhou a gravidade do quadro: a proporção de participantes com baixo apoio social foi de 46,8% entre os idosos sem sintomas depressivos, 69,0% entre os classificados com depressão leve e 100,0% entre os quatro casos de depressão severa, nenhum dos quais foi classificado no grupo de alto apoio social.

O histórico laboral também apresentou diferença estatisticamente significativa entre as categorias da GDS-15 (p = 0,043). O resultado, contudo, foi determinado pela distribuição do grupo com depressão severa, no qual três dos quatro participantes (75,0%) referiram atividades mistas, contra 9,2% entre os idosos sem sintomas depressivos e 9,5% entre os classificados com depressão leve. Nas demais categorias da variável, as proporções mostraram-se semelhantes entre os grupos.

As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com os sintomas depressivos. As médias de idade (p = 0,651), de escolaridade (p = 0,642) e de número de filhos (p = 0,518) foram semelhantes entre as três categorias da escala. Do mesmo modo, não se observaram diferenças significativas quanto ao sexo (p = 1,000), à cor/raça (p = 0,518), à procedência (p = 0,281), à renda mensal (p = 0,815), à moradia com familiares (p = 0,628) e à religião (p = 0,304). O estado civil situou-se próximo ao limiar de significância (p = 0,082), com a viuvez respondendo por 43,9% dos casos de depressão leve e 50,0% dos casos de depressão severa, contra 30,3% entre os idosos sem sintomas depressivos (Tabela 2).

Fatores associados ao apoio social percebido

A moradia com familiares foi a variável mais fortemente associada à percepção de apoio social (p = 0,001). Entre os idosos com baixo apoio social, 28 (33,3%) não residiam com familiares, proporção quase três vezes superior à verificada no grupo com alto apoio social, em que 8 participantes (11,3%) se encontravam nessa condição.

A religião apresentou associação significativa com o apoio social percebido (p = 0,008). Os seis idosos que declararam não ter religião foram integralmente classificados no grupo de baixo apoio social, e os participantes protestantes concentraram-se no grupo de alto apoio (32,4%, contra 18,1%). A procedência também diferiu entre os grupos (p = 0,012): idosos oriundos da região metropolitana do Recife predominaram entre os de baixo apoio social (50,0%, contra 26,8%), ao passo que os procedentes do Agreste se concentraram no grupo de alto apoio (21,1%, contra 6,0%).

Entre as variáveis quantitativas, a idade e o número de filhos associaram-se ao apoio social percebido. Os idosos com alto apoio social eram, em média, mais velhos que aqueles com baixo apoio (74,70 anos, DP 7,05, contra 72,24 anos, DP 7,49; p = 0,007) e referiram maior número de filhos (3,83, DP 2,48, contra 3,05, DP 2,79; p = 0,013). A escolaridade não diferiu entre os grupos (p = 0,497).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo (p = 0,901), à cor/raça (p = 0,925), ao estado civil (p = 0,640) e ao histórico laboral (p = 0,655). A renda mensal aproximou-se do limiar de significância (p = 0,067), com os idosos de maior rendimento concentrados no grupo de alto apoio social: entre os participantes com renda superior a três salários mínimos, 12 (16,9%) integravam o grupo de alto apoio, contra 4 (4,8%) no grupo de baixo apoio (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo com 155 idosos atendidos em ambulatório de Geriatria de um hospital de referência do Nordeste, quase um terço da amostra apresentou sintomas depressivos e pouco mais da metade foi classificada com baixo apoio social percebido. O achado central foi a associação entre essas duas condições: a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos com baixo apoio social foi mais que o dobro da observada entre aqueles com alto apoio, com razão de prevalência bruta de 2,15. O resultado responde diretamente ao objetivo do estudo e é coerente com a literatura nacional e internacional sobre o papel protetor das redes de suporte na saúde mental na senilidade.

A prevalência de sintomas depressivos de 29,7% situa-se acima das estimativas de base populacional brasileiras, como os 13,2% referidos na Pesquisa Nacional de Saúde[8] e os 18,6% descritos no ELSI-Brasil,[9] e também superior aos 25,5% encontrados por Maciel e Guerra entre idosos residentes na zona urbana de uma cidade do Nordeste, com o mesmo instrumento.[22] A

diferença é esperada e decorre do cenário de coleta: amostras ambulatoriais concentram idosos com maior carga de comorbidades e maior demanda assistencial, condições reconhecidamente associadas a sintomas depressivos.[12] Contudo, a magnitude observada alinha-se aos dados da literatura referentes a serviços especializados, o que corrobora a plausibilidade dos achados e reitera a necessidade de um rastreamento sistemático nesse ambiente clínico.

A associação entre baixo apoio social e sintomas depressivos corrobora, em um cenário do Nordeste, os achados de Vieira e Okuno em um ambulatório especializado no Sudeste. Utilizando os mesmos instrumentos, os autores também constataram que idosos com menor percepção de apoio social apresentavam mais sintomas depressivos.[21] A relação não se restringe ao contexto ambulatorial nem a um perfil socioeconômico específico. A associação se mantém evidente entre idosos em situação de vulnerabilidade social[18] e também foi verificada em uma amostra nacional representativa da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o que descarta a hipótese de ser uma particularidade de populações restritas.[16] Um estudo conduzido na China demonstrou que o apoio social atua como um fator mediador entre a solidão e a depressão: o isolamento reduz o suporte percebido pelo idoso, e é primariamente essa carência de apoio que desencadeia os sintomas depressivos.[10] O suporte social funcionaria, portanto, como um fator de proteção contra os efeitos deletérios da solidão. A consistência desses achados em diferentes desenhos metodológicos e contextos socioculturais consolida a premissa de que a percepção de apoio é um determinante crucial da saúde mental do idoso.

Chama atenção o gradiente observado segundo a gravidade do quadro: a proporção de idosos com baixo apoio social aumentou progressivamente da ausência de sintomas à depressão leve e à depressão severa, categoria em que a totalidade dos participantes pertencia ao grupo de baixo apoio. Embora o padrão seja coerente com a hipótese de dose-resposta, o número reduzido de casos de depressão severa (n = 4) impede qualquer inferência robusta sobre esse subgrupo, e o achado deve ser interpretado como sugestivo, não como confirmatório.

Entre os fatores associados à percepção de apoio social, a moradia com familiares apresentou a associação mais forte. A proporção de idosos que não residiam com familiares foi de 33,3% no grupo de baixo apoio, contra 11,3% no de alto apoio. O achado é consistente com a literatura que identifica a desconexão social e o isolamento percebidos como determinantes de sintomas depressivos e ansiosos em idosos.[3] Cabe, entretanto, uma ponderação: a coresidência é um indicador estrutural da rede, não uma medida de sua qualidade. Morar com familiares não garante suporte emocional efetivo, e a MOS-SSS-6 avalia justamente a dimensão percebida do apoio. A convergência entre as duas medidas neste estudo sugere que, nesta população, a presença física da família constitui de fato um recurso de suporte, mas o instrumento não permite discriminar em que medida.

Um achado aparentemente contraintuitivo foi a maior percepção de apoio social entre os idosos mais velhos, com diferença média de aproximadamente dois anos e meio entre os grupos. O resultado dialoga com a teoria da seletividade socioemocional, segundo a qual a percepção de um horizonte temporal mais restrito leva as pessoas a priorizarem vínculos emocionalmente significativos e a depurarem seletivamente suas redes sociais, o que sustenta níveis elevados de bem-estar socioemocional apesar das perdas objetivas associadas ao envelhecimento.[26] Também não se pode descartar a contribuição de um efeito de seleção: idosos que alcançam as faixas etárias mais avançadas mantendo acompanhamento ambulatorial regular podem ser precisamente aqueles que dispõem de rede de apoio capaz de viabilizar o deslocamento e a continuidade do cuidado. O desenho transversal não permite distinguir entre essas explicações.

O maior número de filhos entre os idosos com alto apoio social é compatível com evidências de que a ausência de filhos se associa a menor disponibilidade de suporte na velhice, sobretudo em sociedades em que o cuidado ao idoso recai predominantemente sobre a família.[27] A relação, contudo, não é linear: análise multinacional envolvendo mais de 110 mil participantes de 20 países demonstrou associação em forma de U entre número de filhos e depressão em alguns contextos, sugerindo que tanto a ausência de filhos quanto a prole numerosa podem elevar o risco, esta última pela sobrecarga financeira e de cuidados.[28] No presente estudo, o número de filhos associou-se ao apoio social percebido, mas não aos sintomas depressivos, o que reforça a leitura de que se trata de um determinante da rede, e não de um preditor direto do desfecho.

A associação entre religião e apoio social percebido também merece comentário. Os seis idosos sem religião concentraram-se integralmente no grupo de baixo apoio, e os participantes protestantes predominaram no grupo de alto apoio. A participação em comunidades religiosas oferece, além do sentido existencial, uma estrutura regular de convivência e de reciprocidade que funciona como fonte concreta de suporte social, e a religiosidade organizacional tem sido associada a melhores desfechos de saúde física e mental entre idosos brasileiros.[29] O número muito reduzido de participantes sem religião, entretanto, limita a interpretação, e a variável religião, tal como coletada, informa apenas a filiação declarada, sem medir frequência ou envolvimento nas atividades.

A diferença observada segundo a procedência, com predomínio de baixo apoio entre os residentes na região metropolitana do Recife e de alto apoio entre os procedentes do Agreste, é um achado exploratório que deve ser interpretado com cautela. Uma hipótese plausível é a de que comunidades do interior preservem laços de vizinhança e de parentesco mais densos do que os grandes centros urbanos, mas o desenho do estudo não permite testá-la, e a distribuição desigual dos participantes entre as mesorregiões torna algumas categorias pouco informativas.

Não se observou associação entre sexo e sintomas depressivos, contrariando o padrão descrito na literatura, que aponta consistentemente o sexo feminino como preditor.[12] A ausência de diferença pode decorrer da própria composição da amostra, fortemente concentrada em mulheres, e do poder estatístico limitado. Explicação semelhante aplica-se à renda mensal e à escolaridade: quase 90% dos participantes referiram rendimento de até três salários mínimos, o que restringe a variabilidade da exposição e reduz a capacidade de detectar disparidades socioeconômicas.

Do ponto de vista assistencial, os resultados sustentam a recomendação do mhGAP de priorizar intervenções psicossociais no manejo dos transtornos mentais comuns.[17] A incorporação de instrumentos breves como a MOS-SSS-6 e a GDS-15 à rotina do ambulatório de Geriatria é viável, exige poucos minutos e permite identificar idosos que reúnem simultaneamente baixo suporte percebido e sintomas depressivos, população que se beneficiaria de encaminhamento a serviços de psicologia, de acompanhamento pelo serviço social e de estímulo à participação em atividades comunitárias e grupos de convivência.[13,30]

Limitações

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. A principal delas é a ausência da análise multivariada: como as associações relatadas são brutas, não é possível descartar o efeito de fatores de confusão, particularmente das comorbidades clínicas, da capacidade funcional e do estado cognitivo, que não foram mensurados e que reconhecidamente se relacionam tanto aos sintomas depressivos quanto à rede de apoio. O desenho transversal impede o estabelecimento de relações causais e de direcionalidade, uma vez que o baixo apoio social pode tanto preceder quanto resultar do quadro depressivo. A amostragem por conveniência em serviço único restringe a validade externa, e o cenário ambulatorial especializado seleciona idosos com maior carga de morbidade, o que limita a extrapolação para a população idosa geral. A categorização da GDS-15 em três níveis gerou um grupo de depressão severa com apenas quatro participantes, tornando instáveis as comparações que o envolvem. A dicotomização do apoio social pela mediana amostral, embora prevista no protocolo, dificulta a comparação direta com estudos que adotaram outros pontos de corte. Por fim, ambos os instrumentos são de autorrelato, estando sujeitos a viés de desejabilidade social, e a GDS-15 constitui ferramenta de rastreamento, não substituindo a avaliação clínica para o diagnóstico de transtorno depressivo.

CONCLUSÃO

Entre os idosos atendidos no ambulatório de Geriatria de um hospital de referência do Nordeste brasileiro, 29,7% apresentaram sintomas depressivos e 54,2% foram classificados com

baixo apoio social percebido. O baixo apoio social associou-se a uma prevalência de sintomas depressivos mais de duas vezes superior à observada entre os idosos com alto apoio, e a proporção de participantes com suporte reduzido cresceu progressivamente com a gravidade do quadro. A percepção de apoio social mostrou-se ainda associada à moradia com familiares, à religião, à procedência, à idade e ao número de filhos, ao passo que sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade e renda não apresentaram associação significativa com nenhum dos dois desfechos.

Os achados reforçam a pertinência de incorporar a avaliação da rede de apoio social à rotina do cuidado geriátrico ambulatorial, por meio de instrumentos breves e de aplicação viável, e de considerar o arranjo domiciliar e a participação comunitária no planejamento das ações de saúde mental voltadas a essa população. Estudos futuros devem contemplar análise multivariada com controle de comorbidades, capacidade funcional e estado cognitivo, adotar desenhos longitudinais capazes de esclarecer a direcionalidade da associação e explorar, com abordagens qualitativas, as dimensões do apoio social que os instrumentos quantitativos não alcançam.

TABELAS:

TABELA 1

Características sociodemográficas, sintomas depressivos e apoio social percebido entre idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2025-2026 (n = 155)

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	104	67,1
	Masculino	51	32,9
Cor/raça	Branca	62	40,0
	Preta	20	12,9
	Parda	73	47,1
Procedência	Recife	52	33,5
	Região Metropolitana do Recife (RMR)	61	39,4
	Zona da Mata	11	7,1
	Agreste	20	12,9
	Sertão	7	4,5
	Outro estado	4	2,6
Estado civil (n = 154)	Solteiro(a)	13	8,4
	Casado(a)	72	46,8
	Divorciado(a)	16	10,4
	Viúvo(a)	53	34,4
Renda mensal	Até 1 SM	53	34,2
	> 1 a 3 SM	86	55,5

Variável	Categoria	n	%
	> 3 a 5 SM	13	8,4
	> 5 a 15 SM	3	1,9
Histórico laboral	Predominantemente manual	97	62,6
	Predominantemente intelectual	35	22,6
	Atividades mistas	17	11,0
	Nunca exerceu atividade laboral	6	3,9
Mora com familiares	Sim	119	76,8
	Não	36	23,2
Religião (n = 154)	Sem religião	6	3,9
	Católica	91	59,1
	Protestante	38	24,7
	Espírita	7	4,5
	Outra	12	7,8
Sintomas depressivos (GDS-15)	Ausentes (0–5 pontos)	109	70,3
	Depressão leve (6–10 pontos)	42	27,1
	Depressão severa (11–15 pontos)	4	2,6
Apoio social (MOS-SSS-6)	Baixo apoio social	84	54,2
	Alto apoio social	71	45,8

Abreviaturas: SM, salário mínimo; GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica, versão de 15 itens; MOS-SSS-6, Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, versão de 6 itens.

Não foram registrados participantes de cor/raça amarela ou indígena. Nas variáveis Estado Civil e Religião, os percentuais foram calculados sobre o total de respostas válidas (n = 154). O apoio social foi dicotomizado pela mediana amostral da MOS-SSS-6 (25 pontos): escores superiores à mediana correspondem a alto apoio social e escores iguais ou inferiores, a baixo apoio social.

Fonte: Elaborada pelos autores.

TABELA 2

Distribuição das variáveis sociodemográficas e do apoio social percebido segundo as categorias da GDS-15, entre idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2025 - 2026

Variável	Categoria / medida	Ausentes (n = 109)	Leve (n = 42)	Severa (n = 4)	p
Idade (anos)	Média (DP)	73,14 (7,38)	73,83 (7,61)	74,75 (5,12)	0,651
	Mediana	71,00	73,50	75,50	
Escolaridade (anos)	Média (DP)	7,50 (4,35)	7,12 (4,60)	9,00 (3,56)	0,642
	Mediana	8,00	6,00	9,50	
Número de filhos	Média (DP)	3,53 (2,76)	3,21 (2,48)	2,00 (1,83)	0,518
	Mediana	3,00	3,00	2,00	
Apoio social	Baixo apoio social	51 (46,8)	29 (69,0)	4 (100,0)	0,006
	Alto apoio social	58 (53,2)	13 (31,0)	0 (0,0)	
Sexo	Feminino	73 (67,0)	28 (66,7)	3 (75,0)	1,000
	Masculino	36 (33,0)	14 (33,3)	1 (25,0)	
Cor/raça	Branca	40 (36,7)	20 (47,6)	2 (50,0)	0,518

Variável	Categoria / medida	Ausentes (n = 109)	Leve (n = 42)	Severa (n = 4)	p
	Preta	14 (12,8)	5 (11,9)	1 (25,0)	
	Parda	55 (50,5)	17 (40,5)	1 (25,0)	
Procedência	Recife	32 (29,4)	17 (40,5)	3 (75,0)	0,281
	RMR	45 (41,3)	15 (35,7)	1 (25,0)	
	Zona da Mata	5 (4,6)	6 (14,3)	0 (0,0)	
	Agreste	17 (15,6)	3 (7,1)	0 (0,0)	
	Sertão	6 (5,5)	1 (2,4)	0 (0,0)	
	Outro estado	4 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estado civil*	Solteiro(a)	9 (8,3)	4 (9,8)	0 (0,0)	0,082
	Casado(a)	55 (50,5)	17 (41,5)	0 (0,0)	
	Divorciado(a)	12 (11,0)	2 (4,9)	2 (50,0)	
	Viúvo(a)	33 (30,3)	18 (43,9)	2 (50,0)	
Renda mensal	Até 1 SM	38 (34,9)	14 (33,3)	1 (25,0)	0,815
	> 1 a 3 SM	60 (55,0)	24 (57,1)	2 (50,0)	
	> 3 a 5 SM	9 (8,3)	3 (7,1)	1 (25,0)	
	> 5 a 15 SM	2 (1,8)	1 (2,4)	0 (0,0)	
Histórico laboral	Manual	72 (66,1)	24 (57,1)	1 (25,0)	0,043
	Intelectual	24 (22,0)	11 (26,2)	0 (0,0)	
	Mistas	10 (9,2)	4 (9,5)	3 (75,0)	
	Nunca trabalhou	3 (2,8)	3 (7,1)	0 (0,0)	
Mora com familiares	Sim	84 (77,1)	31 (73,8)	4 (100,0)	0,628
	Não	25 (22,9)	11 (26,2)	0 (0,0)	
Religião*	Sem religião	3 (2,8)	3 (7,1)	0 (0,0)	0,304
	Católica	68 (63,0)	19 (45,2)	4 (100,0)	
	Protestante	26 (24,1)	12 (28,6)	0 (0,0)	
	Espírita	5 (4,6)	2 (4,8)	0 (0,0)	
	Outra	6 (5,6)	6 (14,3)	0 (0,0)	

Abreviaturas: DP, desvio padrão; GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica, versão de 15 itens; RMR, Região Metropolitana do Recife; SM, salário mínimo.

Valores expressos como n (%), salvo indicação em contrário. Ausentes, 0 a 5 pontos na GDS-15; leve, 6 a 10 pontos; severa, 11 a 15 pontos. Histórico laboral: manual, predominantemente manual; intelectual, predominantemente intelectual; mistas, atividades manuais e intelectuais; nunca trabalhou, nunca exerceu atividade laboral**.** *Para as variáveis Estado Civil e Religião, o total da amostra é n=154 devido a dados faltantes. O percentual da variável Religião no grupo 'Ausentes' foi calculado com base em n=108, e de Estado Civil no grupo 'Leve' com base em n=41.

Variáveis quantitativas: teste t de Student ou de Mann-Whitney; análise de variância (teste F) ou teste de Kruskal-Wallis, conforme os pressupostos. Variáveis qualitativas: teste do qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme a adequação às frequências esperadas . Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pelos autores.

TABELA 3

Distribuição das variáveis sociodemográficas e dos sintomas depressivos segundo o apoio social percebido pela MOS-SSS-6, entre idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2025-2026

Variável	Categoria / medida	Baixo apoio (n = 84)	Alto apoio (n = 71)	p
Idade (anos)	Média (DP)	72,24 (7,49)	74,70 (7,05)	0,007
	Mediana	69,00	75,00	
Escolaridade (anos)	Média (DP)	7,14 (4,39)	7,77 (4,39)	0,497
	Mediana	7,00	8,00	
Número de filhos	Média (DP)	3,05 (2,79)	3,83 (2,48)	0,013
	Mediana	2,00	3,00	
Sintomas depressivos	Ausentes	51 (60,7)	58 (81,7)	0,006
	Depressão leve	29 (34,5)	13 (18,3)	
	Depressão severa	4 (4,8)	0 (0,0)	
Sexo	Feminino	56 (66,7)	48 (67,6)	0,901
	Masculino	28 (33,3)	23 (32,4)	
Cor/raça	Branca	35 (41,7)	27 (38,0)	0,925
	Preta	11 (13,1)	9 (12,7)	
	Parda	38 (45,2)	35 (49,3)	
Procedência	Recife	25 (29,8)	27 (38,0)	0,012
	RMR	42 (50,0)	19 (26,8)	
	Zona da Mata	7 (8,3)	4 (5,6)	
	Agreste	5 (6,0)	15 (21,1)	
	Sertão	4 (4,8)	3 (4,2)	
	Outro estado	1 (1,2)	3 (4,2)	
Estado civil*	Solteiro(a)	6 (7,2)	7 (9,9)	0,640
	Casado(a)	36 (43,4)	36 (50,7)	
	Divorciado(a)	9 (10,8)	7 (9,9)	
	Viúvo(a)	32 (38,6)	21 (29,6)	
Renda mensal	Até 1 SM	30 (35,7)	23 (32,4)	0,067
	> 1 a 3 SM	50 (59,5)	36 (50,7)	
	> 3 a 5 SM	4 (4,8)	9 (12,7)	
	> 5 a 15 SM	0 (0,0)	3 (4,2)	
Histórico laboral	Manual	55 (65,5)	42 (59,2)	0,655
	Intelectual	16 (19,0)	19 (26,8)	
	Mistas	9 (10,7)	8 (11,3)	
	Nunca trabalhou	4 (4,8)	2 (2,8)	
Mora com familiares	Sim	56 (66,7)	63 (88,7)	0,001
	Não	28 (33,3)	8 (11,3)	
Religião*	Sem religião	6 (7,2)	0 (0,0)	0,008
	Católica	49 (59,0)	42 (59,2)	
	Protestante	15 (18,1)	23 (32,4)	

Variável	Categoria / medida	Baixo apoio (n = 84)	Alto apoio (n = 71)	p
	Espírita	3 (3,6)	4 (5,6)	
	Outra	10 (12,0)	2 (2,8)	

Abreviaturas: DP, desvio padrão; MOS-SSS-6, Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, versão de 6 itens; RMR, Região Metropolitana do Recife; SM, salário mínimo.

Valores expressos como n (%), salvo indicação em contrário. O apoio social foi dicotomizado pela mediana amostral da MOS-SSS-6 (25 pontos). Sintomas depressivos classificados pela GDS-15: ausentes, 0 a 5 pontos; leve, 6 a 10 pontos; severa, 11 a 15 pontos. Histórico laboral: manual, predominantemente manual; intelectual, predominantemente intelectual; mistas, atividades manuais e intelectuais; nunca trabalhou, nunca exerceu atividade laboral**.** *Para as variáveis Estado Civil e Religião, o total da amostra é n=154 devido a dados faltantes. Consequentemente, o percentual de ambas as variáveis no grupo 'Baixo apoio' foi calculado com base em n=83.

Variáveis quantitativas: teste t de *Student* ou de *Mann-Whitney*, conforme os pressupostos. Variáveis qualitativas: teste do qui-quadrado de *Pearson* ou teste exato de *Fisher*, conforme a adequação às frequências esperadas. Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Fonte: Elaborada pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Neri AL. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estud Psicol (Campinas). 2006;23(4):487-93.
2. Pinheiro JES, Netto MP, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
3. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. Lancet Public Health. 2020;5(1):e62-70.
4. Mendes JLV, Cardoso SS, Rumão SG, Rodrigues SNA. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. Rev Educ Meio Ambiente Saúde. 2018;8(1):13-26.
5. World Health Organization. World mental health today: latest data. Geneva: WHO; 2025.
6. Volz PM, Dilélio AS, Facchini LA, Quadros LCM, Tomasi E, Kessler M, et al. Incidência de depressão e fatores associados em idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2023;39(11):e00248622.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão [Internet]. Washington: OPAS; [citado 2026 set 4]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/depressao
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
9. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. Rev Saúde Pública. 2018;52 Suppl 2:10s.
10. Li P, Zhong J, He Y, Yan H, Xie M, Meng L. Loneliness and depression among community-dwelling older adults in China during the COVID-19 epidemic: the mediating role of social support. Medicine (Baltimore). 2023;102(37):e35171.
11. Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. Lancet. 2022;399(10328):957-1022.
12. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(5):372-87.
13. Guedes MBOG, Fernandes MGM, Costa KNFM, Cavalcanti CLB, Miranda FAN. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. Physis. 2017;27(4):1185-204.
14. Yuan Y, Peng C, Burr JA, Lapane KL. Frailty, cognitive impairment, and depressive symptoms in Chinese older adults: an eight-year multi-trajectory analysis. BMC Geriatr. 2023;23(1):666.
15. Sulandari S, Coats RO, Miller A, Hodkinson A, Johnson J. A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. Gerontologist. 2024;64(11):gnae128.
16. Andrade TB, Andrade FB, Viana MC. Prevalence of depressive symptoms and its association with social support among older adults: the Brazilian National Health Survey. J Affect Disord. 2023;333:468-73.
17. Organização Mundial da Saúde. mhGAP: manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Genebra: OMS; 2018.
18. Didoné LS, Jesus ITM, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Orlandi FS, Costa-Guarisco LP, et al. Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. Rev Bras Enferm. 2020;73:e20200029.
19. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2B):421-6.
20. Holden L, Lee C, Hockey R, Ware RS, Dobson AJ. Validation of the MOS Social Support Survey 6-item (MOS-SSS-6) measure with two large population-based samples of Australian women. Qual Life Res. 2014;23(10):2849-53.

21. Vieira TF, Okuno MFP. Apoio social e sintomas depressivos em idosos atendidos em um ambulatório. Texto Contexto Enferm. 2022;31:e20210263.

22. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr. 2006;55(1):26-33.

23. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5(1-2):165-73.

24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):703-14.

25. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7.

26. Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory: the role of perceived endings in human motivation. Gerontologist. 2021;61(8):1188-96.

27. Hsieh N, Zhang Z. Childlessness and social support in old age in China. J Cross Cult Gerontol. 2021;36(2):121-37.

28. Zhang J, Feng P, Chen X, Wu J, He F. Association between the number of children and depression in the population aged 50 years and older: a multi-national cross-sectional analysis. BMC Psychiatry. 2025;25(1):765.

29. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade devida relacionada à saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2015;49:55.

30. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicol Reflex Crit. 2007;20(2):229-37.