v7.n5.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

DEPRESSÃO EM IDOSOS: FISIOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

DEPRESSION IN OLDER ADULTS: PATHOPHYSIOLOGY, RISK FACTORS, AND THERAPEUTIC APPROACHES

DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES: FISIOPATOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Ademar Pinto dos Santos Junior[1], Eduardo Galdino[1], Luana Halina Siqueira Santos[1], Thais Pacífico Esteves[1]

e757832
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.7832

PUBLICADO: 05/2026

RESUMO

O envelhecimento populacional tem contribuído para o aumento da depressão em idosos, condição prevalente, frequentemente subdiagnosticada e com impacto relevante na qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo analisar a fisiopatologia, os fatores de risco e as abordagens terapêuticas da depressão nessa população. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e PubMed/*Medline*, incluindo publicações entre 2016 e 2026, totalizando 29 estudos. Os achados indicam que a depressão em idosos possui etiologia multifatorial, envolvendo alterações neurobiológicas e fatores psicossociais. Fatores como idade avançada, comorbidades, isolamento social e polifarmácia aumentam a vulnerabilidade. Evidências sugerem maior efetividade da combinação entre intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Conclui-se que a depressão em idosos demanda manejo interdisciplinar e individualizado. Destaca-se a importância da identificação precoce dos fatores de risco e da integração de estratégias terapêuticas baseadas em evidências, visando à promoção da qualidade de vida e ao envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Idoso. Transtorno depressivo.

ABSTRACT

Population aging has contributed to an increase in depression among older adults, a prevalent condition that is frequently underdiagnosed and has a significant impact on quality of life. This study aimed to analyze the pathophysiology, risk factors, and therapeutic approaches to depression in this population. This is an integrative literature review, with a qualitative approach, conducted in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature and PubMed/Medline databases, including publications between 2016 and 2026, totaling 29 studies. The findings indicate that depression in older adults has a multifactorial etiology, involving neurobiological alterations and psychosocial factors. Factors such as advanced age, comorbidities, social isolation, and polypharmacy increase vulnerability. Evidence suggests greater effectiveness of combining pharmacological and non-pharmacological interventions. It is concluded that depression in older adults requires interdisciplinary and individualized management. The importance of early identification of risk factors and the integration of evidence-based therapeutic strategies is highlighted, aiming at promoting quality of life and healthy aging.

KEYWORDS: *Depression. Older adult. Depressive disorder.*

[1] Graduando(a) de medicina da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

RESUMEN

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

El envejecimiento de la población ha contribuido al aumento de la depresión en las personas mayores, una condición prevalente que con frecuencia se subdiagnostica y tiene un impacto significativo en la calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo analizar la fisiopatología, los factores de riesgo y los enfoques terapéuticos de la depresión en esta población. Se trata de una revisión bibliográfica integradora, con un enfoque cualitativo, realizada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y Caribeña de Ciencias de la Salud y PubMed/Medline, incluyendo publicaciones entre 2016 y 2026, con un total de 29 estudios. Los hallazgos indican que la depresión en las personas mayores tiene una etiología multifactorial, que involucra alteraciones neurobiológicas y factores psicosociales. Factores como la edad avanzada, las comorbilidades, el aislamiento social y la polifarmacia aumentan la vulnerabilidad. La evidencia sugiere una mayor efectividad de la combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Se concluye que la depresión en las personas mayores requiere un manejo interdisciplinario e individualizado. Se destaca la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo y la integración de estrategias terapéuticas basadas en la evidencia, con el fin de promover la calidad de vida y un envejecimiento saludable.

***PALABRAS CLAVE**: Depresión. Persona mayor. Trastorno depresivo.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno global consolidado, está associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, entre as quais se destaca a depressão. Trata-se de um transtorno mental que compromete de forma significativa a qualidade de vida, a funcionalidade e o bem-estar da população idosa. Nesse grupo, a depressão assume características clínicas particulares, o que amplia sua complexidade diagnóstica e terapêutica. Caracteriza-se por humor deprimido persistente, perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente valorizadas, sentimentos de desesperança e, em alguns casos, ideação suicida, configurando-se como um importante problema de saúde pública em indivíduos com 60 anos ou mais[1].

O diagnóstico da depressão na população idosa apresenta desafios relevantes, uma vez que os sintomas podem manifestar-se de forma atípica ou mascarada, frequentemente confundindo-se com condições clínicas próprias do envelhecimento[2]. Conforme estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o diagnóstico requer a presença de pelo menos um dos dois sintomas centrais, humor deprimido ou perda de interesse/prazer, associado a, no mínimo, quatro sintomas adicionais, como alterações ponderais não intencionais, ± 5% em um mês, distúrbios do sono, alterações psicomotoras, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, prejuízo cognitivo e pensamentos recorrentes de morte, com duração mínima de duas semanas[3].

Apesar de sua relevância clínica, a depressão em idosos permanece subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que sua prevalência varie entre 14% e 42%, evidenciando a magnitude do problema[3]. Esse cenário decorre de múltiplos fatores, incluindo a predominância de sintomas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

somáticos, a ausência de humor deprimido em alguns casos, o estigma associado aos transtornos mentais e limitações na detecção precoce pelos serviços de saúde.

As repercussões da depressão nessa população são amplas e incluem aumento da morbidade e da mortalidade por todas as causas, com destaque para o risco de suicídio[2,4]. Além disso, a condição está associada à piora da funcionalidade, maior utilização de serviços de saúde, impacto negativo sobre cuidadores e maior risco de declínio cognitivo e demência[2]. A presença concomitante de comorbidades clínicas contribui para a complexidade do manejo e para a menor adesão às intervenções terapêuticas[2,3].

Diante desse contexto, o presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura e tem como objetivo analisar criticamente a produção científica acerca da depressão nos idosos, com ênfase na fisiopatologia, nos fatores de risco e nas abordagens terapêuticas. Para o alcance desse objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: identificar e analisar os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos; descrever os fatores de risco associados ao desenvolvimento da depressão em idosos; e examinar as estratégias terapêuticas disponíveis, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Ao integrar esses diferentes eixos, busca-se contribuir para uma compreensão mais consistente do tema e para o aprimoramento das práticas de cuidado voltadas à saúde mental dos idosos.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Envelhecimento populacional e saúde mental

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno global decorrente da transição demográfica, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das taxas de fecundidade. Esse processo tem promovido mudanças significativas no perfil epidemiológico, com maior prevalência de doenças crônicas e agravos relacionados à saúde mental. Nesse contexto, os idosos apresentam maior vulnerabilidade a transtornos mentais, especialmente à depressão, o que exige maior atenção dos sistemas de saúde na formulação de estratégias de cuidado integral[5].

A saúde mental dos idosos configura-se como componente essencial da saúde pública, considerando que o envelhecimento está frequentemente associado a perdas sociais, funcionais e cognitivas que impactam o bem-estar psicológico. Eventos como aposentadoria, luto e isolamento social estão relacionados ao aumento do sofrimento psíquico. No entanto, a literatura diverge quanto à magnitude desse impacto, indicando que fatores protetores, como suporte social e participação comunitária, podem atenuar esses efeitos[6].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A depressão nos idosos apresenta elevada prevalência e associa-se a desfechos negativos relevantes, como redução da qualidade de vida, aumento da incapacidade funcional e maior risco de mortalidade. Suas manifestações podem ser atípicas, o que contribui para o subdiagnóstico e o subtratamento. Entretanto, há variações entre estudos quanto à prevalência e às formas de apresentação clínica, evidenciando a necessidade de análise contextualizada[7].

Outro fator relevante refere-se à multimorbidade, frequentemente observada no envelhecimento e associada ao aumento do risco de depressão. A coexistência de múltiplas doenças crônicas contribui para limitações físicas, dependência e piora da qualidade de vida. A literatura sugere uma relação bidirecional entre saúde física e mental, embora ainda existam debates sobre os mecanismos predominantes dessa interação[8].

Os determinantes sociais da saúde exercem papel central na saúde mental dos idosos. Fatores como baixa renda, baixa escolaridade, acesso limitado aos serviços de saúde e fragilidade das redes de apoio social estão associados a maior frequência de sintomas depressivos. Contudo, intervenções sociais e comunitárias podem reduzir esse impacto, reforçando a necessidade de abordagens integradas[9].

A pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade dos idosos em relação à saúde mental, com aumento de sintomas depressivos, ansiedade e solidão associados ao isolamento social. Apesar do consenso sobre esse impacto, diferentes estudos apontam variações conforme contexto socioeconômico e acesso a tecnologias digitais, o que demonstra a complexidade do fenômeno[10].

1.2. Depressão em idosos: conceito, epidemiologia e manifestações clínicas

A depressão em idosos, frequentemente denominada depressão de início tardio, é um transtorno mental caracterizado por humor deprimido persistente, anedonia e comprometimento funcional significativo. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos estabelecidos, incluindo a presença de sintomas por, no mínimo, duas semanas, associados a alterações cognitivas, somáticas e emocionais. Trata-se de uma condição relevante na geriatria, uma vez que se associa ao aumento da morbidade e da mortalidade, além de pior prognóstico de doenças clínicas[11].

Do ponto de vista epidemiológico, a depressão nos idosos apresenta elevada prevalência global, variando conforme fatores sociais, econômicos e de saúde. Estudos observacionais indicam maior frequência de sintomas depressivos em contextos de vulnerabilidade social e presença de doenças crônicas. Contudo, há heterogeneidade nos achados, o que sugere influência de fatores contextuais e metodológicos[12].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

As manifestações clínicas da depressão em idosos diferem, em muitos casos, daquelas observadas em adultos jovens, o que torna o diagnóstico mais complexo. Nessa população, observa-se maior predominância de sintomas somáticos, como fadiga, dor e alterações do sono, além de *déficits* cognitivos que podem simular quadros demenciais. Essa variabilidade clínica é amplamente descrita na literatura, embora ainda haja divergências quanto aos critérios diagnósticos mais sensíveis para essa faixa etária[13].

As dificuldades diagnósticas estão frequentemente relacionadas à sobreposição de sintomas com doenças físicas comuns no envelhecimento, como doenças cardiovasculares e neurológicas. Além disso, fatores como estigma, baixa procura por serviços especializados e limitações na capacitação profissional contribuem para o subdiagnóstico. Estratégias de rastreamento sistemático podem melhorar a detecção precoce, embora sua implementação ainda seja desigual[14].

Outro aspecto relevante refere-se às apresentações atípicas, que podem incluir apatia, irritabilidade, isolamento social e declínio funcional progressivo. Tais manifestações são, por vezes, erroneamente atribuídas ao envelhecimento, o que retarda o diagnóstico. Nesse sentido, a literatura enfatiza a importância de uma avaliação clínica abrangente e multidimensional[15].

Assim, a depressão nos idosos associa-se à redução da qualidade de vida, perda de funcionalidade e aumento do risco de mortalidade. Além disso, impacta negativamente o manejo de doenças crônicas e eleva a demanda por serviços de saúde. A compreensão de seus aspectos conceituais, epidemiológicos e clínicos é fundamental para o reconhecimento precoce e para a implementação de estratégias eficazes de cuidado[16].

1.3. Impactos da depressão na qualidade de vida e funcionalidade do idoso

A depressão nos idosos está associada à redução significativa da qualidade de vida, sendo um importante determinante de sofrimento psicológico. Indivíduos com sintomas depressivos apresentam menor satisfação com a vida, pior percepção de saúde e maior limitação nas atividades diárias. No entanto, a intensidade desses impactos pode variar conforme fatores individuais e contextuais[17].

A funcionalidade também é comprometida pela depressão, com repercussões na autonomia. Evidências mostram associação entre sintomas depressivos e maior dependência para atividades básicas e instrumentais da vida diária. Ainda assim, alguns estudos sugerem que intervenções precoces podem minimizar esse declínio funcional[18].

No domínio cognitivo, a depressão tem sido relacionada a prejuízos em memória, atenção e funções executivas. Há evidências de que a depressão tardia pode contribuir para o declínio

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cognitivo e aumentar o risco de demência, embora a relação causal ainda seja objeto de debate na literatura[19].

Do ponto de vista social, a depressão contribui para o isolamento e a redução das interações interpessoais. Idosos com depressão tendem a apresentar menor engajamento social e maior sensação de solidão. Entretanto, intervenções baseadas em suporte social têm demonstrado potencial para reduzir esses efeitos[20].

A depressão também está associada ao aumento da utilização de serviços de saúde, incluindo consultas, hospitalizações e uso de medicamentos. Esse padrão reflete a maior complexidade clínica e a frequente presença de comorbidades. Contudo, há variações nos sistemas de saúde quanto à capacidade de resposta a essa demanda[21].

Dessa forma, a depressão na velhice associa-se ao aumento da morbimortalidade, sendo considerada fator de risco para mortalidade precoce. Estudos indicam maior risco de eventos cardiovasculares, declínio funcional acelerado e morte. Apesar disso, intervenções adequadas podem modificar esse prognóstico, reforçando a importância do diagnóstico e tratamento precoces[22].

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, com delineamento descritivo. Esse método possibilita a síntese, a análise crítica e a integração de evidências provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, contribuindo para a compreensão abrangente e sistematizada do fenômeno investigado. Além disso, permite identificar lacunas no conhecimento, comparar resultados entre estudos e avaliar a consistência das evidências disponíveis, conferindo maior rigor metodológico à análise[23].

A condução da revisão seguiu etapas metodológicas estruturadas e previamente definidas. Inicialmente, foi elaborada a questão norteadora da pesquisa, com base em critérios claros e objetivos. Em seguida, procedeu-se à busca sistematizada nas bases de dados científicas, com estratégias previamente delineadas, incluindo a definição de descritores, operadores booleanos e critérios de elegibilidade. Posteriormente, os estudos identificados foram submetidos a processo de seleção, análise e síntese, com interpretação crítica dos achados, considerando suas implicações para a prática clínica e para a produção científica. Ao final, realizou-se a integração e apresentação dos resultados de forma organizada e fundamentada[23].

A questão de pesquisa foi estruturada com base na estratégia PICo (População, Interesse e Contexto), sendo definida da seguinte forma: população, pessoas idosas (*older adults*);

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

interesse, fatores de risco e abordagens terapêuticas; contexto, depressão. A partir dessa estrutura, formulou-se a seguinte questão: “O que a literatura científica tem produzido acerca da fisiopatologia, dos fatores de risco e das abordagens terapêuticas da depressão em idosos?”.

A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed/*MEDLINE*, no período de fevereiro de 2026. Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores controlados provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (*MeSH*), combinados por operadores booleanos. Os descritores empregados foram: “Depressão”, “Idoso” e “Transtorno Depressivo” (DeCS), e “*Depression*”, “*Older Adult*” e “*Depressive Disorder*” (*MeSH*).

As estratégias de busca foram estruturadas da seguinte forma: (Idoso*) *AND* (“Depressão” *OR* “Transtorno Depressivo”) para a base LILACS, e (“*Older Adult*”) *AND* (“*Depression*” *OR* “*Depressive Disorder*”) para a base PubMed/*MEDLINE*.

Foram incluídos estudos publicados em português e inglês, disponíveis na íntegra, no período de 2016 a 2026, que abordassem a fisiopatologia, os fatores de risco e/ou as abordagens terapêuticas da depressão em idosos. Foram considerados diferentes delineamentos metodológicos, incluindo revisões, metanálises e estudos observacionais, desde que apresentassem relevância científica para o tema. Foram excluídos estudos que não apresentavam relação direta com o objeto de investigação, duplicados ou que não contribuíam para a análise proposta.

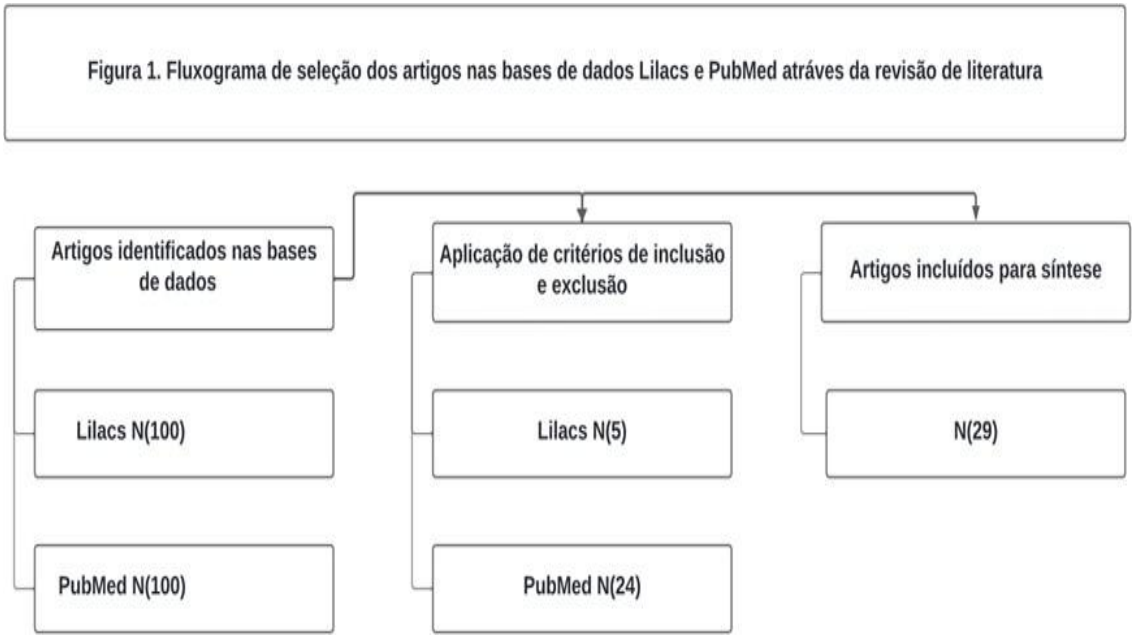
O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Inicialmente, os estudos foram identificados nas bases de dados e submetidos à leitura de títulos e resumos. Em seguida, os textos potencialmente relevantes foram avaliados na íntegra, conforme os critérios estabelecidos. Ao final desse processo, foram incluídos 29 estudos na amostra final (Figura 1).

A análise dos estudos foi realizada de forma crítica e comparativa, buscando identificar convergências, divergências e lacunas na literatura. Os achados foram organizados em categorias temáticas, permitindo a distinção entre evidências consolidadas e hipóteses em desenvolvimento, bem como entre diferentes níveis de evidência científica.

Como limitações, destaca-se a possibilidade de viés de seleção relacionado à restrição de idiomas e bases de dados, bem como à heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos. Ainda assim, foram adotadas estratégias para minimizar tais vieses, como a utilização de descritores controlados e critérios de elegibilidade claramente definidos, visando garantir maior rigor e confiabilidade aos resultados obtidos[23].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados LILACS e PubMed através da revisão de literatura



Fonte: Autoria Própria, 2026.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Fisiopatologia

A fisiopatologia da depressão em idosos é multifatorial, envolvendo fatores neurobiológicos, vasculares, inflamatórios, hormonais, estruturais e ambientais que interagem de maneira complexa. Entre os achados mais consistentes, destacam-se disfunções em três redes neurais principais: rede de saliência (RS), rede de modo padrão (DMN) e rede de controle executivo (ECN), todas impactadas pelo envelhecimento e associadas à sintomatologia depressiva[24,25].

A RS, responsável por detectar e priorizar estímulos relevantes, inclui o córtex cingulado anterior dorsal (dACC) e a ínsula anterior. Evidências indicam redução da conectividade intrínseca dessa rede em indivíduos idosos com depressão, favorecendo um viés para estímulos negativos. Esse padrão contribui para o aumento da conectividade funcional da DMN e redução da integração com a ECN, o que compromete a regulação emocional e a orientação para metas. A DMN, associada a processos autorreferenciais e planejamento futuro, apresenta hiperatividade relacionada à ruminação e ao pessimismo. Estudos de neuroimagem demonstram atrofias no córtex cingulado posterior, precuneus e hipocampo, incluindo redução volumétrica de até 5% em

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

casos recorrentes. A ECN, por sua vez, apresenta perda de integridade da substância branca, estimada em até 40%, especialmente em circuitos frontoestriatais, o que impacta funções executivas, como memória de trabalho e atenção[24,25].

A hipótese da depressão vascular também apresenta relevância. Hiperintensidades da substância branca e microinfartos são observados em até 65% dos idosos com depressão, sobretudo naqueles com fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes e aterosclerose. Esses fatores aumentam o risco de depressão em até 50%[25-27]. No entanto, embora amplamente descrita, essa associação não é uniforme entre os estudos, indicando necessidade de interpretação crítica desses achados.

O processo inflamatório crônico constitui outro eixo central. Idosos com depressão apresentam níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6, TNF-α e proteína C-reativa, podendo atingir valores até 40% superiores ao normal. Esse perfil inflamatório está associado à ativação microglial, estresse oxidativo, disfunção sináptica e redução da neuroplasticidade. O fenômeno de "*inflammaging*" potencializa esses efeitos, embora ainda haja debate sobre sua contribuição causal direta[26-29].

A via do triptofano também sofre alterações relevantes. Em contextos inflamatórios, a ativação da enzima indoleamina 2,3-dioxigenase (IDO) redireciona o triptofano da síntese de serotonina para a via da quinurenina, resultando na produção de metabólitos neurotóxicos, como o ácido quinolínico. Esse processo contribui para a redução da serotonina cerebral e para o aumento de compostos potencialmente neurotóxicos, associados a sintomas como anedonia e fadiga. Entretanto, a magnitude desse mecanismo ainda varia entre diferentes populações estudadas[30,31].

Outro mecanismo amplamente investigado envolve o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). A hiperatividade desse eixo, com aumento médio de 25% nos níveis basais de cortisol, associa-se à atrofia do hipocampo e do córtex pré-frontal, com perdas volumétricas de até 10%. Essas alterações estão relacionadas a *déficits* cognitivos e prejuízos na regulação emocional[27,30,31].

A redução do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) também é frequentemente observada. Níveis reduzidos dessa proteína, associados a alterações epigenéticas, comprometem a neurogênese e a plasticidade sináptica, especialmente em regiões como o hipocampo[30,31].

A hipótese das monoaminas permanece relevante, embora insuficiente para explicar isoladamente o quadro clínico. Reduções nos níveis de serotonina, dopamina e norepinefrina estão associadas a alterações de humor, motivação e atenção. Contudo, estudos mais recentes

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

indicam que esses sistemas interagem com mecanismos inflamatórios e neurodegenerativos, sugerindo um modelo integrativo[27,29,31].

A neurotransmissão glutamatérgica também apresenta papel importante. Alterações nos receptores NMDA e AMPA estão associadas à redução da plasticidade sináptica e ao comprometimento cognitivo. A diminuição da expressão da subunidade GluN1 no hipocampo tem sido relacionada a *déficits* cognitivos, embora os achados ainda não sejam totalmente consensuais[30].

Além disso, o eixo intestino-cérebro tem sido investigado. A disbiose intestinal pode reduzir a biodisponibilidade de triptofano e afetar a produção de neurotransmissores. No entanto, a evidência atual ainda é emergente, exigindo cautela na interpretação[31,32].

Distúrbios do sono estão presentes em até 80% dos idosos com depressão. A insônia e a fragmentação do sono contribuem para alterações hormonais e inflamatórias, enquanto o sono excessivo pode estar associado a baixa estimulação cognitiva e sedentarismo[33,34].

Além disso, mecanismos neurodegenerativos, como o acúmulo de β-amiloide e proteína tau, demonstram sobreposição com a depressão tardia. Contudo, ainda não está totalmente estabelecido se essa relação é causal ou associativa[31,33,36]. Fatores comportamentais, como sedentarismo, também contribuem para esse cenário, reforçando a natureza multifatorial da condição[35,37].

3.2. Fatores de risco

A depressão em idosos, frequentemente denominada *Late-Life Depression* (LLD), configura-se como uma condição multifatorial resultante da interação dinâmica entre fatores sociodemográficos, psicossociais, comportamentais, clínicos e neurobiológicos. Esses determinantes não atuam de forma isolada, mas se acumulam ao longo do curso de vida, compondo um modelo de vulnerabilidade progressiva. Nesse contexto, o envelhecimento não deve ser compreendido apenas como um marcador cronológico, mas como um processo heterogêneo, no qual perdas funcionais, alterações biológicas e mudanças sociais se entrelaçam, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos[25].

O sexo feminino apresenta maior prevalência de depressão na população idosa, fenômeno que pode ser parcialmente explicado por fatores hormonais, maior longevidade e maior exposição a eventos estressores, como viuvez e sobrecarga de cuidado ao longo da vida. Entretanto, essa diferença não deve ser interpretada de forma simplista, uma vez que homens idosos tendem a apresentar manifestações clínicas menos evidentes, frequentemente expressas por meio de sintomas somáticos, irritabilidade ou comportamentos de risco, o que pode levar ao

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

subdiagnóstico. Dessa forma, as diferenças de gênero na depressão geriátrica refletem não apenas aspectos biológicos, mas também construções sociais e padrões culturais de expressão do sofrimento psíquico[28,29].

A idade avançada, especialmente acima dos 75 anos, está associada a maior risco de depressão, embora não constitua um fator determinante isolado[30,33]. Esse aumento do risco está mais relacionado à intensificação de perdas cumulativas, como declínio funcional, redução da autonomia, comprometimento cognitivo e diminuição das redes de apoio social. De maneira complementar, a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico contribuem significativamente para a vulnerabilidade, uma vez que estão associados à menor reserva cognitiva, menor acesso a informações em saúde, dificuldades no reconhecimento de sintomas e barreiras no acesso a serviços especializados. Esses fatores, em conjunto, limitam a capacidade de enfrentamento diante de adversidades, ampliando o risco de adoecimento psíquico[35,37].

Os fatores psicossociais desempenham papel central na gênese da LLD. O isolamento social, a solidão e a institucionalização estão consistentemente associadas ao aumento da prevalência de sintomas depressivos[31,38-40]. A ausência de vínculos afetivos significativos e a redução da participação social comprometem o senso de pertencimento e identidade, elementos fundamentais para a saúde mental. Além disso, eventos estressores acumulados ao longo da vida, como perdas afetivas, mudanças abruptas de contexto e declínio funcional, contribuem para a sobrecarga emocional. O estigma associado à depressão na velhice agrava esse cenário, uma vez que muitos idosos tendem a minimizar ou ocultar seus sintomas, dificultando o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento adequado[43].

Fatores comportamentais, como sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool, também estão associados ao aumento do risco de depressão. No entanto, a relação entre esses comportamentos e a depressão é bidirecional e complexa. Enquanto tais hábitos podem contribuir para alterações neurobiológicas e inflamatórias que favorecem o surgimento de sintomas depressivos, a própria depressão pode levar à adoção ou manutenção desses comportamentos como estratégias disfuncionais de enfrentamento. Essa interdependência reforça a necessidade de abordagens integradas que considerem simultaneamente aspectos comportamentais e emocionais[27,30,35,36].

A alimentação constitui outro eixo relevante nesse contexto. Padrões alimentares inadequados, caracterizados por alto consumo de açúcares e gorduras saturadas e baixa ingestão de micronutrientes, estão associados a processos inflamatórios sistêmicos e disfunções no eixo intestino-cérebro, podendo influenciar a síntese de neurotransmissores como serotonina e dopamina. Por outro lado, dietas como a mediterrânea, ricas em antioxidantes, ácidos graxos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

ômega-3 e compostos bioativos, têm sido associadas à redução do risco de depressão e à melhora do desempenho cognitivo. Ainda assim, a magnitude desses efeitos pode variar entre populações, indicando a influência de fatores culturais e ambientais[25-28].

Os distúrbios do sono representam um fator de risco relevante, embora sua relação com a depressão não seja completamente linear. Tanto a privação quanto o excesso de sono estão associados ao aumento da prevalência de sintomas depressivos. Alterações no padrão de sono podem afetar a regulação emocional, os níveis hormonais e os processos inflamatórios. Entretanto, permanece incerto se tais alterações atuam predominantemente como causa, consequência ou fator de manutenção da depressão, o que evidencia a necessidade de interpretação cautelosa dos achados disponíveis[35,37,39].

A presença de comorbidades crônicas e a multimorbidade são fortemente associadas à depressão em idosos. Doenças como diabetes, enfermidades cardiovasculares, dor crônica e doenças respiratórias não apenas aumentam a carga física, mas também impactam negativamente a autonomia e a qualidade de vida. Ademais, a relação entre multimorbidade e depressão é bidirecional: condições clínicas podem predispor ao desenvolvimento de sintomas depressivos, enquanto a depressão pode agravar o curso das doenças e comprometer a adesão ao tratamento. Esse cenário é frequentemente agravado pela polifarmácia, que aumenta o risco de efeitos adversos e interações medicamentosas com impacto sobre a saúde mental[25,33,42].

Diante disso, a literatura sustenta um modelo multifatorial para a depressão na velhice, no qual diferentes níveis de evidência, provenientes de estudos observacionais, revisões e investigações mecanísticas, apontam para a interação entre múltiplos determinantes. No entanto, a heterogeneidade metodológica entre os estudos e a complexidade das relações causais envolvidas exigem cautela na interpretação e generalização dos achados. Assim, a compreensão da LLD demanda uma abordagem integrada, que reconheça a interdependência entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

3.3. Tratamento farmacológico

O tratamento da depressão em idosos deve ser cuidadosamente individualizado, considerando não apenas o diagnóstico psiquiátrico, mas também o conjunto de condições clínicas, funcionais e psicossociais que caracterizam essa população. A presença frequente de comorbidades crônicas, como doenças cardiovasculares, metabólicas e neurodegenerativas, associada à polifarmácia, aumenta significativamente o risco de interações medicamentosas e eventos adversos. Além disso, aspectos como grau de funcionalidade, suporte social e perfil

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cognitivo influenciam diretamente a escolha terapêutica, a adesão ao tratamento e os desfechos clínicos, exigindo uma abordagem integrada e centrada no paciente[2,42,44].

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina e escitalopram, são amplamente recomendados como primeira linha de tratamento devido ao seu perfil de segurança relativamente mais favorável em comparação a classes mais antigas, como os antidepressivos tricíclicos. No entanto, essa aparente segurança não elimina a necessidade de monitoramento rigoroso, uma vez que os ISRS estão associados a efeitos adversos relevantes na população idosa, como hiponatremia, aumento do risco de quedas e fraturas, sangramentos gastrointestinais e possíveis interações com outros fármacos de uso contínuo. Dessa forma, a escolha do antidepressivo deve equilibrar eficácia e tolerabilidade, considerando o perfil clínico individual[2,22,24].

As alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas decorrentes do envelhecimento desempenham papel central na resposta ao tratamento. Reduções na função hepática e renal, alterações na composição corporal, como aumento da proporção de gordura, e maior sensibilidade do sistema nervoso central aos psicotrópicos contribuem para maior variabilidade na resposta terapêutica e maior suscetibilidade a efeitos adversos. Nesse contexto, recomenda-se a estratégia "*start low, go slow*", com início em doses mais baixas e titulação gradual, associada a monitoramento clínico contínuo. A farmacogenômica surge como uma ferramenta promissora para a personalização do tratamento, especialmente na identificação de polimorfismos em enzimas metabolizadoras, como CYP2D6 e CYP2C19. Contudo, apesar de seu potencial, sua aplicação ainda é limitada na prática clínica, devido a custos, disponibilidade e necessidade de maior robustez das evidências[25].

Nos casos de depressão resistente ao tratamento (*Treatment-Resistant Depression* – TRD), caracterizada pela ausência de resposta a pelo menos duas intervenções farmacológicas adequadas, estratégias alternativas devem ser consideradas. Entre elas, destacam-se a troca de antidepressivo, a combinação entre diferentes classes e o uso de agentes adjuvantes. Evidências indicam benefício do uso de lítio como potencializador da resposta antidepressiva, além de antipsicóticos atípicos, como aripiprazol, que podem aumentar as taxas de remissão. No entanto, essas abordagens exigem avaliação criteriosa, devido ao maior risco de efeitos adversos nessa população, incluindo comprometimento renal, efeitos metabólicos e eventos cardiovasculares[36].

Agentes mais recentes, como a cetamina, antagonista dos receptores NMDA, e a memantina, moduladora do sistema glutamatérgico, têm demonstrado resultados promissores, especialmente em quadros graves ou refratários. A cetamina, em particular, apresenta efeito antidepressivo rápido, o que pode ser relevante em situações de alto risco clínico. Entretanto, a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

evidência disponível em idosos ainda é limitada, e questões relacionadas à segurança, duração do efeito e impacto cognitivo a longo prazo permanecem em investigação, o que justifica seu uso cauteloso e, preferencialmente, em contextos especializados[40,43].

Portanto, a combinação entre farmacoterapia e intervenções psicoterapêuticas tem demonstrado superioridade em relação ao uso isolado de medicamentos. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em particular, apresenta evidências consistentes na redução de sintomas depressivos, na prevenção de recaídas e na melhora da funcionalidade. Essa abordagem permite atuar sobre padrões de pensamento disfuncionais e estratégias de enfrentamento, complementando os efeitos neurobiológicos dos fármacos. Assim, modelos de cuidado integrados, que associam intervenções farmacológicas e psicossociais, tendem a produzir melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida para os idosos[2,26].

3.4. Tratamento não farmacológico

As intervenções não farmacológicas desempenham papel central no manejo da depressão em idosos, sobretudo por abordarem dimensões psicossociais, comportamentais e funcionais frequentemente não contempladas de forma suficiente pela farmacoterapia isolada. Ademais, essas estratégias apresentam perfil de segurança mais favorável, o que é particularmente relevante em contextos de polifarmácia e multimorbidade. Evidências indicam que abordagens combinadas, que integram diferentes modalidades terapêuticas, tendem a produzir melhores desfechos clínicos, especialmente no que se refere à remissão sintomática, prevenção de recaídas e melhora da funcionalidade global[26–28,30,37,42].

Entre as abordagens psicoterapêuticas, destacam-se a TCC, a Terapia de Solução de Problemas (PST) e a Terapia Interpessoal (IPT), todas com evidências consistentes de eficácia nos idosos[26,43]. A TCC atua na reestruturação de pensamentos disfuncionais e na modificação de padrões comportamentais desadaptativos, sendo particularmente útil em quadros com ruminação e desesperança. A PST, por sua vez, apresenta boa aplicabilidade em idosos com menor escolaridade ou com comprometimento cognitivo leve, por focar em estratégias práticas de enfrentamento de problemas cotidianos. Já a IPT concentra-se nas relações interpessoais e nos processos de perda e transição, aspectos frequentemente presentes na velhice. Paralelamente, intervenções baseadas em *mindfulness*, como a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT), têm demonstrado benefícios na regulação emocional e na redução da ruminação. No entanto, a literatura ainda apresenta heterogeneidade metodológica, o que limita a generalização dos resultados[26,40].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A prática regular de exercícios físicos apresenta efeito antidepressivo consistente, sendo considerada uma intervenção de primeira linha em muitos casos leves a moderados. Exercícios aeróbicos e de resistência promovem aumento da expressão do BDNF, melhora da neuroplasticidade e redução de marcadores inflamatórios sistêmicos. Além disso, contribuem para a melhora da função cognitiva, da qualidade do sono e da autonomia funcional. Apesar desses benefícios, a adesão ainda representa um desafio, especialmente em idosos com limitações físicas ou baixa motivação, o que reforça a necessidade de programas supervisionados e individualizados[33,44].

A alimentação também desempenha papel relevante na modulação dos sintomas depressivos. A adesão à dieta mediterrânea, caracterizada pelo consumo elevado de frutas, vegetais, azeite de oliva, peixes e oleaginosas, associa-se à redução da inflamação sistêmica e à melhora do perfil metabólico, fatores relacionados à fisiopatologia da depressão. Entretanto, embora estudos observacionais apontem associação consistente, ainda há limitações quanto à causalidade. A suplementação nutricional, como vitamina D, complexo B e ômega-3, deve ser indicada preferencialmente em casos de deficiência comprovada, uma vez que os benefícios em populações gerais ainda são heterogêneos[24,31].

Entre as terapias somáticas, a eletroconvulsoterapia (ECT) permanece como uma das intervenções mais eficazes para casos graves, psicóticos ou resistentes ao tratamento, com altas taxas de resposta clínica. Apesar disso, seu uso ainda é limitado por estigma e preocupações relacionadas a efeitos cognitivos transitórios. A estimulação magnética transcraniana (TMS) surge como alternativa não invasiva e com perfil de segurança mais favorável, apresentando resultados promissores. Contudo, a variabilidade nos protocolos e a menor disponibilidade ainda restringem sua aplicação em larga escala[26,29].

Intervenções tecnológicas, como telessaúde, terapias digitais e programas de psicoterapia online, têm apresentado expansão significativa, especialmente após a pandemia de COVID-19. Essas ferramentas ampliam o acesso ao cuidado, sobretudo para idosos com mobilidade reduzida ou residentes em áreas com baixa cobertura assistencial. No entanto, barreiras como letramento digital, acesso à tecnologia e limitações cognitivas ainda impactam sua efetividade, indicando a necessidade de estratégias adaptadas a essa população[26–28].

O suporte social constitui um dos principais fatores de proteção contra a depressão na velhice. A presença de redes de apoio, vínculos familiares e participação em atividades comunitárias está associada à redução do isolamento social, melhora da autoestima e maior adesão ao tratamento. Nesse contexto, intervenções interdisciplinares que integrem assistência social, saúde mental e atenção primária mostram-se particularmente eficazes. Ainda assim,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

desigualdades sociais e limitações estruturais podem dificultar a implementação dessas estratégias, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável[31].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão nos idosos é um transtorno complexo e multifatorial, resultante da interação entre alterações neurobiológicas, inflamatórias, hormonais e fatores psicossociais. Evidências indicam a participação de disfunções em redes neurais, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, redução do fator neurotrófico derivado do cérebro e processos inflamatórios crônicos, embora ainda haja heterogeneidade entre os estudos e limitações na distinção entre associações causais e correlacionais. Os fatores de risco são múltiplos e cumulativos, incluindo isolamento social, comorbidades, polifarmácia e hábitos de vida inadequados, sendo parte deles potencialmente modificável, o que reforça a importância de estratégias preventivas direcionadas.

O manejo da depressão nos idosos deve ser integrado e individualizado, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com destaque para o uso criterioso de antidepressivos e a associação com psicoterapia, promoção da saúde e suporte social. Apesar dos avanços, persistem limitações relacionadas à heterogeneidade metodológica dos estudos e à ausência de padronização dos desfechos, o que impacta a consistência das evidências. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de abordagens interdisciplinares na prática clínica, bem como de estudos futuros mais rigorosos que ampliem a compreensão dos mecanismos envolvidos e aprimorem a efetividade das intervenções voltadas aos idosos.

REFERÊNCIAS

1.Tan JDL, Maneze D, Montayre J, Ramjan LM, Wang D, Salamonson Y. Family visits and depression among residential aged care residents: an integrative review. International Journal of Nursing Studies. 2023;146:104568.

2.Brender R, Mulsant BH, Blumberger DM. An update on antidepressant pharmacotherapy in late-life depression. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2021;22(14):1909–1917.

3.Brouwer J, Van Den Berg F, Knooihuizen R, Loerts H, Keijzer M. Exploring language learning as a potential tool against cognitive impairment in late-life depression: two meta-analyses and suggestions for future research. Behavioral Sciences. 2020;10(9):132.

4.Zhang Y, Jiang X. The effects of physical activity and exercise therapy on depression in frail older adults: a narrative review. Medicine. 2023;102(34):e34908.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

5.Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. The Lancet. 2016;387(10033):2145–2154.

6.Feng L, Li J, Yap KB, Kua EH, Ng TP. Depressive symptoms and quality of life among older adults: a population-based study. Journal of Affective Disorders. 2016;189:131–136.

7.Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults: a review. JAMA. 2017;317(20):2114–2122.

8.Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2017;221:36–46.

9.Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals. The Lancet Psychiatry. 2018;5(4):357–369.

10.Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet. 2021;398(10312):1700–1712.

11.Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Translational Psychiatry. 2019;9(1):188.

12.Zhao Y, Wu X, Tang M, Shi L, Gong S, Mei X, et al. Late-life depression: epidemiology, phenotype, pathogenesis and treatment before and during the COVID-19 pandemic. Frontiers in Psychiatry. 2023;14:1017203.

13.Reynolds CF, Cuijpers P, Patel V, Cohen A, Dias A, Chowdhary N, et al. Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. Annual Review of Public Health. 2022;43:123–142.

14.Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. Clinics in Geriatric Medicine. 2022;38(2):201–216.

15.Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Ormel J, Braam AW, Van Tilburg W. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Journal of Affective Disorders. 2020;263:126–133.

16.Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2022;296:36–48.

17.Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2022;74:101492.

18.Ismail Z, Gatchel J, Bateman DR, Barcelos-Ferreira R, Cantillon M, Jaeger J, et al. Affective and emotional dysregulation as pre-dementia risk markers: exploring the mild behavioral impairment syndrome. Alzheimer's & Dementia. 2022;18(2):260–271.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

19.Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. Journal of Affective Disorders. 2023;323:372–381.

20.Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. Psychiatric Clinics of North America. 2023;46(2):237–252.

21.Penninx BWJH. Depression and cardiovascular disease: epidemiological evidence on their linking mechanisms. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023;149:105152.

22.Sukhera J. Narrative reviews in medical education: key steps for researchers. Journal of Graduate Medical Education. 2022;14(4):418–419.

23.Gunning FM, Oberlin LE, Schier M, Victoria LW. Brain-based mechanisms of late-life depression: implications for novel interventions. Seminars in Cell & Developmental Biology. 2021;116:169–179.

24.Dotson VM, Gradone AM, Bogoian HR, Minto LR, Taiwo Z, Salling ZN. Be fit, be sharp, be well: the case for exercise as a treatment for cognitive impairment in late-life depression. Journal of the International Neuropsychological Society. 2021;27(8):776–789.

25.Triolo F, Harber-Aschan L, Belvederi Murri M, Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Sjöberg L, et al. The complex interplay between depression and multimorbidity in late life: risks and pathways. Mechanisms of Ageing and Development. 2020;192:111383.

26.Lee SH, Lee H, Yu S. Effectiveness of social support for community-dwelling older adults with depression: a systematic review and meta-analysis. Healthcare. 2022;10(9):1598.

27.Jellinger KA. The heterogeneity of late-life depression and its pathobiology: a brain network dysfunction disorder. Journal of Neural Transmission. 2023;130(5):709–726.

28.Kuo CY, Lin CH, Lane HY. Molecular basis of late-life depression. International Journal of Molecular Sciences. 2021;22(14):7421.

29.Klimova B, Novotny M, Valis M. The impact of nutrition and intestinal microbiome on depression in older adults: a systematic review. Nutrients. 2020;12(3):710.

30.Li XL, Wei J, Zhang X, Meng Z, Zhu W. Relationship between night sleep duration and risk of depression among middle-aged and older adults: a dose–response meta-analysis. Frontiers in Physiology. 2023;14.

31.Andreescu C, Ajilore O, Aizenstein HJ, Albert K, Butters MA, Landman BA, et al. Disruption of neural homeostasis as a model of relapse and recurrence in late-life depression. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2019;27(12):1316–1330.

32.Taylor WD, Zald DH, Felger JC, Christman S, Claassen DO, Horga G, et al. Influences of dopaminergic system dysfunction on late-life depression. Molecular Psychiatry. 2021;26(6):1808–1823.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

33.Vyas CM, Okereke OI. Late-life depression: a narrative review on risk factors and prevention. Harvard Review of Psychiatry. 2020;28(2):72–99.

34.Lima Júnior JDM, Soares PF, Carvalho WL, Mesquita LLS, Araújo MSM, et al. Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos: uma revisão integrativa. Nursing (São Paulo). 2023;26(298):9495–9508.

35.Kurata VM, Carreira L. Influência da institucionalização no desenvolvimento de depressão em idosos: uma revisão integrativa. Ciência, Cuidado e Saúde. 2020;18(4):e50312.

36.Hernandez JA, Voser RD. Exercício físico regular e depressão em idosos. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019;19(3):718–734.

37.Devita M, Salvo R, Ravelli A, Rui M, Coin A, Sergi G, et al. Recognizing depression in older adults: practical guidance and challenges for clinical management. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2022;18:2867–2880.

38.Matison AP, Mather KA, Flood VM, Reppermund S. Associations between nutrition and the incidence of depression in middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2021;70:101403.

39.Gutsmiedl K, Krause M, Bighelli I, Schneider-Thoma J, Leucht S. Response to antidepressants in older adults with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2020;20(1):102.

40.Marshe VS, Islam F, Maciukiewicz M, Bousman C, Eyre HA, Lavretsky H, et al. Pharmacogenetic implications for antidepressant therapy in late-life depression: a systematic review. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2020;28(6):609–629.

42.Araújo BC, Silva AR, Souza GF, Santos LL, Almeida RS. Meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2019.

43.Luquine Júnior CD, Silva AR, Souza GF, Santos LL, Almeida RS. Yoga para tratamento de ansiedade ou depressão em adultos e idosos [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2019.

44.Corrêa HP, Moura CD, Azevedo C, Bernardes MF, Mata LR, Chianca TC. Efeitos da auriculoterapia sobre estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2020;54:e03546.

Digitally signed by RECIMA21 REVISTA CIENTIFICA MULTIDISCIPLINAR LTDA:40166538000195.
Timestamp: 2026-05-01 12:22:14 -03.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.