



Interdisciplinary

**LINKSCIENCEPLACE**

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

**Scientific Journal**



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 5, volume 6, article nº 01, May 2019

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a1>

Accepted: 10/12/2018 Published: 30/05/2019

I SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL DO NORTE E NOROESTE FLUMINENSE  
– 27 A 30 DE NOVEMBRO DE 2018 – CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

## **THE DEPRESSION IN THE PROCESS OF SENESCENCE AND THE FRAGILITY OF THE COGNITIVE FAMILY SUPPORT**

### **A DEPRESSÃO NO PROCESSO DE SENESCÊNCIA COGNITIVA E A FRAGILIDADE DO SUPORTE FAMILIAR**

**Márcia Regina Pacheco Soares<sup>1</sup>**  
Mestre em Cognição e Linguagem

**Thaís Pacheco Soares<sup>2</sup>**  
Doutora em Biociência e Biotecnologia

**Fernanda Gonçalves Fernandes<sup>3</sup>**  
Assistente Social

**Rosalee Santos Crespo Istoe<sup>4</sup>**  
Doutora em Saúde da Mulher

#### **Abstract**

Elderly depression is one of the causes related to the impairment of their cognitive functions and has as characteristic the loss of motivation to carry out activities, social participation with damages to the autonomy and maintenance of an active life. The family is the main source of support and care for the elderly depressed. Brazilian demographic and social transformations have caused changes in family structures causing sociodemographic, cultural and financial impacts that affect the way of caring for the elderly. In this context, the present study aim investigates how these changes interfere in the family's reception of the depressed elderly. It is a bibliographic study of exploratory and descriptive character and with qualitative approach. The results showed that, in the majority of cases, depressed elderly people receive care from

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Norte Fluminense –UENF, Campos dos Goitacazes, RJ, e- mail: [mapchecosoaes@gmail.com](mailto:mapchecosoaes@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Norte Fluminense –UENF, Campos dos Goitacazes, RJ, e- mail: [tata\\_psoares@hotmail.com](mailto:tata_psoares@hotmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal Fluminense UFF, Campos dos Goytacazes, RJ, e- mail: [fernandagfernandes1@hotmail.com](mailto:fernandagfernandes1@hotmail.com)

<sup>4</sup> Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [rosaleeistoe@gmail.com](mailto:rosaleeistoe@gmail.com)

female relatives; often caregivers are also elderly, with physical and / or emotional health fragility. Changes in family structures and composition, poverty, reduction in the number of children and the women employment have been found to affect the family capacity of host depressive elderly.

**Keywords:** Elderly; Depression; Family.

## **Resumo**

A depressão em idosos é uma das causas relacionadas ao comprometimento de suas funções cognitivas e tem como característica a perda de motivação para realização de atividades, participação social, com prejuízos à autonomia e manutenção de uma vida ativa. A família é a principal fonte de apoio e cuidados ao idoso depressivo. As transformações demográficas e sociais brasileira têm ocasionado mudanças nas estruturas familiares, provocando impactos sociodemográficos, culturais e financeiros que repercutem na forma de cuidar dos idosos. Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo investigar de que forma essas mudanças interferem no acolhimento familiar ao idoso depressivo. Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter exploratório e descritivo e com abordagem qualitativa. Os resultados apontaram que, na maioria dos casos, os idosos em estado de depressão recebem cuidados de familiares do sexo feminino, frequentemente os cuidadores também são idosos, com fragilidades de saúde física e/ou emocional. Constatou-se que mudanças nas estruturas e composição familiares, pobreza, redução do número de filhos e a participação da mulher no mercado de trabalho repercutem na capacidade familiar de acolhimento as pessoas idosas depressivas.

**Palavras-chave:** Idoso; Depressão; Família.

## **1. INTRODUÇÃO**

O fenômeno contemporâneo do envelhecimento da população mundial tem precedentes nas altas taxas de natalidade que ocorreram após a Segunda Guerra Mundial (*baby boom*) e ao declínio das fecundidades a partir da década de 1970 além da redução das mortalidades em todas as idades a partir dos anos 1990.

“Atualmente, o crescimento populacional se deve, em sua maior parte, a um menor número de pessoas morrendo a cada ano do que a um maior número de pessoas nascendo” (ILC-BRASIL, 2015, p.16). De acordo com o Índice da Global AgeWatch (2015) existe atualmente mais de 900 milhões de pessoas com idade igual ou maior de 60 anos em todo o mundo, representando cerca de 12 % da população global.

O Brasil, acompanhando a tendência mundial, também vivencia um acelerado envelhecimento da sua população. De acordo com os dados e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE (2015) a população com 60 anos ou mais de idade que em 2010 era de 19,6 milhões deverá atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060.

O aumento da expectativa de vida e a longevidade são considerados como grandes conquistas da humanidade e apontados como histórias de sucesso do desenvolvimento humano (OMS, 2005). Segundo o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA (2012) a expectativa de vida no nascimento está acima dos 80 anos em pelo menos 33 países.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2018) A expectativa de vida do brasileiro ao nascer no ano de 2017 foi de 76,0, o que representou um acréscimo de 3 meses e 11 dias em relação a estimativa do ano anterior que era de 75,8 anos. O instituto ressalta ainda que todas as idades foram beneficiadas com a diminuição dos níveis de mortalidade. O indivíduo idoso, por exemplo, que completava 60 anos em 1940, tinha uma expectativa de viver mais 19,1 anos, vivendo em média 69,1 anos. Com o declínio da mortalidade aumentou a expectativa de longevidade, um mesmo indivíduo de 60 anos, em 2017, teria uma expectativa de vida de 22,4 anos, esperando viver em média até 82,4 anos, ou seja, 13,3 anos a mais do que um indivíduo da mesma idade em 1940. No mundo, o Japão, a Itália e a Suíça são exemplos de países que apresentaram a maior esperança de vida ao nascer para ambos os sexos no ano 2015, em média a expectativa de vida foi de 83 anos.

Para o ILC-BRASIL (2015), o ano de 2050 será um divisor de águas na demografia, isso porque as perspectivas apontam que no referido ano 21% da população mundial estará acima dos 60 anos e o número de pessoas com mais de 60 anos irá ultrapassar o número de crianças abaixo dos 15 anos, além disso, as pessoas acima dos 80 anos irão constituir 19% da população idosa mundial e o número de centenários no mundo aumentará para 3,2 milhões. De acordo com as

perspectivas haverá, em 2050, mais de 60 países nos quais a população idosa constituirá mais de 30% da população, sendo a maior parte deles, países da América Latina e da Ásia.

Paralelamente as expectativas de longevidade, surgem novos paradigmas na perspectiva de melhorar a qualidade de vida na velhice e a participação ativa desses indivíduos na sociedade. A OMS (2005, p. 13) afirma que “[...] se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança”. O envelhecimento, no entanto, ocasiona um maior risco do idoso desenvolver uma série de problemas de saúde, quer sejam de ordens físicas, mentais ou sociais, que dificultam a execução de atividades cotidianas e aumentam o nível de dependência. Contudo, “mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas e com crescimento pessoal contínuo.” (OMS, 2015, p. 6). Portanto, a concepção sobre o envelhecimento nas próximas décadas deverá levar em conta a diversidade de fatores que interferem na qualidade de vida das pessoas idosas e nas demandas de serviços de ordem pública, de apoio e participação das famílias e de toda a sociedade.

## **2. ENVELHECIMENTO E SAÚDE**

Para a OMS/ WHO (1946) saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Já a definição de saúde, por Moraes e Cintra (2015) é dada como “uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças” (p. 297). Nesse caso, como ressaltam os autores, o foco da saúde está relacionado à funcionalidade global do indivíduo, tal como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, considerando que bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Sendo considerada uma pessoa saudável aquela que é capaz de realizar as suas atividades sozinha, independente e com autonomia, mesmo que esteja com alguma doença. Por outro lado, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006) destaca que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (1-d); cita ainda, que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a

capacidade funcional e o suporte social (PNSPI, 2006). No entanto, a definição de “envelhecimento saudável” para a OMS (2015) é dada como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Esta conceituação é uma compreensão de que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes. E, embora ambas tendam a diminuir com o aumento da idade, as escolhas de vida ou as intervenções em diferentes momentos durante o curso da vida irão determinar o caminho ou trajetória de cada indivíduo (OMS, 2015).

O Ministério da Saúde (2007) considera que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o envelhecimento é considerado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. Já na definição do Ministério da Saúde (2006) o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que, em condições de doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência.

### **3. SENESCÊNCIA COGNITIVA**

A cognição é um conjunto de capacidades mentais, formada pela memória, função executiva, linguagem, praxia, percepção e função visioespacial, que permitem ao indivíduo compreender e resolver problemas do cotidiano. É responsável pela capacidade de tomar decisões, e associada ao humor é essencial para a manutenção da autonomia (Moraes e Cintra, 2013).

O envelhecimento cognitivo ou senescência cognitiva é assunto de interesse de vários estudos e pesquisas motivados pelo desejo de preservação da qualidade de vida e pelo receio de acometimento de doenças degenerativas na velhice. Vários pesquisadores se dedicam ao estudo sobre o assunto, pois acreditam que “existe a

esperança de que seja possível retardar o declínio cognitivo e evitar ou postergar as patologias associadas a essa fase da vida” (Consenza e Malloy-Diniz, 2013, p. 337). Contudo, há consenso na literatura que os padrões cognitivos sofrem mudanças ao longo da vida, apesar das diferentes funções cognitivas costumarem ser afetadas de forma distinta no processo de envelhecimento. Algumas habilidades cognitivas têm seu auge na juventude e declinam com o passar dos anos, habilidades como a velocidade mental, a solução de novos problemas, o raciocínio espacial e a capacidade de realizar muitas tarefas ao mesmo tempo, declinam com o passar dos anos (ILC-BRASIL, 2015).

De acordo com Moraes e Cintra (2013) as causas da incapacidade cognitiva podem ser resultantes do comprometimento das funções mentais representadas pela cognição (demência), humor (depressão), consciência (*delirium*), doença mental (pensamento e senso-percepção). À medida que as pessoas envelhecem, ocorre uma plasticidade negativa decorrente de vários fatores, entre eles a diminuição de atividades como resultado de mudanças comportamentais e ambientais, que levam a um processamento deficiente das funções nervosas. Entretanto, por meio de estratégias comportamentais, estimulação sensorial, cognitiva ou motora, pelo menos parte da perda de funções no envelhecimento pode ser reversível (Consenza e Malloy-Diniz, 2013).

Para Monteiro, Covre e Fluentes (2013) o impacto dos déficits cognitivos nas demandas das atividades da vida diária pode ser observado por meio de esquecimentos frequentes, dificuldades para executar tarefas habituais, dificuldade de comunicação, que podem evoluir comprometendo a capacidade de gerenciamento da própria vida, tornando o indivíduo dependente de familiares e cuidadores. Esse quadro tem provocado grande interesse por intervenções que possam promover melhoras cognitivas e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos e seus familiares, visto que a condição de dependência gera desgastes emocionais além de alto custo financeiro para toda a família e para o Estado (Monteiro, Covre e Fluentes, 2013).

Embora o declínio do funcionamento cognitivo esteja associado ao envelhecimento, ele surge a partir de fatores sociais, ambientais e individuais que são possíveis de serem modificados, uma vez que pesquisas apontam que idosos com maior grau de escolaridade, participação social, atividades estimulantes, estilo de vida saudável e saúde mental positiva têm mais “reservas cognitivas”, apesar da

presença de doença neurológica (ILC-BRASIL, 2015).

#### **4. A DEPRESSÃO NA VELHICE**

Algumas patologias são mais comuns na velhice. Em torno da sexta década de vida as pessoas ficam mais propensas a desenvolverem doenças crônicas que geralmente estão associadas ao estilo de vida, como por exemplo, as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças pulmonares e muitos tipos de câncer. Além dessas, patologias musculoesqueléticas, demência e depressão, são doenças comuns no processo de envelhecimento e o acometimento de pelo menos uma delas, geralmente, ocasiona comprometimento da autonomia e da qualidade de vida de idosos.

A depressão, muitas vezes erroneamente considerada apenas como tristeza, é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns do envelhecimento, porém não é inerente a velhice. “Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica” (MS, 2007, p.101).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), muitos estudos apontam que em 2020 a depressão será a primeira causa de incapacitação nos países em desenvolvimento e a segunda em países desenvolvidos e, que a sua prevalência aumenta, consideravelmente, a partir dos 60 anos, principalmente depois dos 75 anos e, as mulheres são duas vezes mais acometidas do que homens (MS, 2007).

O Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015) destaca que esse transtorno afeta cerca de 15% dos idosos integrados na sociedade, 20% dos hospitalizados e até 40% dos idosos que moram em instituições de cuidado de longa permanência e é a razão mais comum de suicídio de pessoas em todas as idades e principalmente de idosos. Como consequência do estado depressivo, outras patologias como acidentes vasculares, doença de Parkinson e demência, que frequentemente são associadas à depressão, podem sofrer complicações e agravamentos. Fatores de risco como isolamento social, solidão, conflitos ou abandonos familiares, dificuldades financeiras, entre outros, podem contribuir para o desencadeamento ou agravamento da depressão entre as pessoas idosas. A presença da depressão, quando não tratada, tende a comprometer aspectos físicos, sociais e funcionais, causando impactos negativos na qualidade de vida que podem acelerar o óbito do idoso (ILC-BRASIL, 2015).

Segundo Souza *et al.* (2014) o diagnóstico e o tratamento da depressão em

idosos complexos, já que os sinais e os sintomas depressivos são pouco valorizados e muitas vezes são confundidos com manifestações de outras doenças, o que pode provocar agravamentos.

## **5. A FAMÍLIA E O IDOSO DEPRESSIVO**

A família é uma construção social num dado contexto histórico e cultural, estabelecida por relações de parentesco. “O contexto familiar é permeado por relações afetivas e a qualidade dessas relações irá refletir no cuidado dispensado a seus membros” (Souza, *et al.*, 2014, p. 470). Para Goldani (2004) existe um consenso de que as famílias representam a arena onde as relações se desenvolvem, e os valores e experiências moldam os mecanismos de apoio ao longo de todo o ciclo de vida. É onde os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo” onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais (Camarano, Kanso, Leitão e Pasinato, 2004).

A família é considerada como o principal núcleo de apoio e cuidados de seus membros idosos. No caso do idoso acometido de algum tipo de patologia é fundamental que além de cuidados gerais haja afetividade e dedicação. No caso do idoso deprimido, as famílias precisam “reorganizar-se para enfrentar esta situação que sempre é complexa por envolver dedicação diária, escuta, observação e até mesmo suporte econômico” (Souza, *et al.*, 2014, p. 470).

Entretanto, mudanças sociodemográficas e culturais e econômicas têm trazido consequências para as configurações e estruturas familiares. As famílias estão mudando tanto em forma quanto em significado, expandindo-se para além da estrutura das famílias nucleares (Goldani, 2004). Essas mudanças têm produzido forte impacto nas famílias brasileiras, tanto do ponto de vista econômico quanto emocional, e isso influencia a forma como apoiam e cuidam dos seus idosos, repercutindo na capacidade de acolhimento às pessoas com incapacidades (Moraes e Cintra, 2015).

De acordo com o IBGE (2015), algumas das principais tendências e mudanças nas famílias são: a redução da fecundidade o número de filhos está cada vez menor, o que limita a disponibilidade de filhos para cuidarem de seus pais; maior instabilidade das relações familiares e os divórcios, o que contribuem para enfraquecer a habilidade das famílias em prover o apoio aos seus dependentes; pesquisas sugerem alguma melhoria em suas condições na última década, porém a

desigualdade de renda entre famílias reflete, também, as desigualdades raciais e regionais; aumento da participação feminina no mercado de trabalho, o que gera menor disponibilidade nas atividades de cuidados com familiares. Tudo isso redefine o “contrato implícito” nas famílias, onde os pais cuidam dos filhos e esperam serem cuidados por eles nas idades avançadas (Goldani, 2004). Além disso, o aumento da expectativa de vida faz com que várias gerações convivam no mesmo domicílio e as diferenças geracionais podem interferir na dinâmica familiar (Souza *et al.*, 2014).

Entende-se que um relacionamento familiar harmônico e o equilíbrio entre as relações dos membros de uma família podem contribuir no desempenho do papel fundamental de cuidados ao idoso. No tratamento da depressão, as relações sociais com os familiares e amigos são de extrema relevância. Ter em casa uma pessoa com depressão exige que a família se adapte e se organize para enfrentar as atitudes do paciente. Por outro lado, a pobreza contribui para a desestruturação da família, idosos residentes em contextos de vulnerabilidade apresentaram maior porcentagem de disfunção familiar (Souza *et al.*, 2014). Além disso, Moraes e Cintra (2014) destacam que muitos idosos vivem em condições precárias tendo como única fonte de renda a aposentadoria e, que muitas vezes essa é a fonte de renda de toda a família e com o agravante de altos índices de analfabetismo.

Para Moraes e Cintra (2014) a fragilização do suporte familiar deu origem a uma nova grande síndrome geriátrica que é a insuficiência familiar e essa tem abordagem bem complexa. O cuidado com idosos depressivos é demanda crescente para as famílias brasileiras, que na maioria das vezes é realizada em seus domicílios, por um familiar do sexo feminino e que muitas vezes também é idoso, onde a pessoa que assume o papel de cuidador, mesmo sem qualificação, apresentando graves fragilidades orgânicas e emocionais, vivenciando alto nível de estresse e demandando tanta atenção quanto o paciente.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento do número de idosos faz aumentar também a preocupação com os cuidados dessas pessoas, principalmente, quando surge algum problema de saúde e debilidade. A família, que é o principal núcleo cuidador de idosos dependentes, tem passado nas últimas décadas, por profundas transformações em sua estrutura, como a diminuição no número de filhos, saída da mulher para o mercado de trabalho, pobreza, entre outras, que afetam a capacidade familiar de acolhimento às pessoas idosas.

Síndromes, como a depressão, são comuns no processo de envelhecimento e, o seu acometimento, geralmente, ocasiona comprometimento na autonomia do idoso e dependência do suporte familiar. Na maioria dos casos brasileiros, os idosos em estado de depressão recebem cuidados no núcleo familiar, por pessoas do sexo feminino, onde frequentemente, os cuidadores também são idosos, apresentando algum tipo de fragilidade.

É importante citar que a família fragilizada dificilmente consegue prover a atenção necessária e cuidados adequados ao idoso, podendo levar ao agravamento dos sintomas depressivos. Por outro lado, o ideal seria que essas famílias, cuidadoras de idosos depressivos, também recebessem algum tipo de atenção e assistência pública de saúde.

## REFERÊNCIAS

AgeWatch (2015). Cálculo com base em UUNDESA. Divisão para a População, Perspectivas Demográficas Mundiais: Revisão de 2015. Índice da Global AgeWatch.

BRASIL, Ministério da Saúde (2006). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

Camarano, A. A., Kanso, S., Leitão, J., Pasinato, M. T. (2004). Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 1(1), 137-168.

Consenza, R. M., Malloy-Diniz, L. F.(2013). Declínio cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 1(1), 3337-347.

Goldani, A. M. (2004). Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?/ Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 1(1), 211-250.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2015). Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2. ed.. Rio de Janeiro: IBGE .

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017. **Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro 2018.

ILC-BRASIL, Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015). Envelhecimento Ativo: Marco Político em Resposta a Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007). 1.<sup>a</sup> edição, 1.<sup>a</sup> reimpressão, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília – DF.

Monteiro, L. C., Covre, P., Fluentes, D. (2013). Reabilitação neuropsicológica. Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 1(1), 348-359.

Moraes, E. N., Cintra, M. T. G. (2013). Avaliação Geriátrica. Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 1(1), 297-322.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2005). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Tradução CONTIJO, Suzana. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15/11/2018.

OMS/WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo – USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude omswho.html>. Acesso em: 02/01/19.

Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashit, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C.; Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O., Oliveira, M. A. C. (2014). Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(3), 469-476.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas (2012). Relatório sobre a situação da população mundial.