

Fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de vulnerabilidade social

Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability
Factores Asociados a los síntomas depresivos en ancianos en contexto de alta vulnerabilidad social

Letícia Souza Didoné¹

ORCID: 0000-0003-2198-1760

Isabela Thaís Machado de Jesus¹

ORCID: 0000-0002-3752-8867

Ariene Angelini Santos-Orlandi¹

ORCID: 0000-0002-3112-495X

Sofia Cristina Iost Pavarini¹

ORCID: 0000-0001-9359-8600

Fabiana de Souza Orlandi¹

ORCID: 0000-0002-5714-6890

Letícia Pimenta Costa-Guarisco¹

ORCID: 0000-0002-2687-5310

Aline Cristina Martins Gratão¹

ORCID: 0000-0002-8508-0251

Karina Gramany-Say¹

ORCID: 0000-0002-2451-8109

Marcia Regina Cominetti¹

ORCID: 0000-0001-6385-7392

Grace Angélica de Oliveira Gomes¹

ORCID: 0000-0003-0600-2093

Marisa Silvana Zazzetta¹

ORCID: 0000-0001-6544-767X

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Didone LS, Machado ITJ, 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(Suppl 1):e20190107. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>

Autor Correspondente:

Marisa Silvana Zazzetta

E-mail: marisazazzetta@yahoo.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 18-06-2019 **Aprovação:** 18-11-2019

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 302 idosos de comunidade cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Utilizou-se questionário sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica, Mini Avaliação Nutricional, Questionário de Qualidade de Vida *Short-Form-6D* e Escala de Medical Outcome Study. Para análise de dados foi realizada regressão logística, considerando dois grupos, com e sem sintomas depressivos. **Resultados:** Uma boa percepção da qualidade de vida (OR: 0,21) e receber apoio emocional (OR: 0,98) se apresentaram enquanto fatores protetores à depressão; e ter riscos de desnutrição (OR: 4,87), pertencer ao sexo feminino (OR: 1,88) e morar só (OR: 2,34) indicaram fator preditor para a depressão. **Conclusão:** Qualidade de vida e suporte social foram identificados como fatores protetores para sintomas depressivos, enquanto estar sob risco de desnutrição, morar sozinho, relatar dor e ser do sexo feminino são fatores preditores. **Descritores:** Depressão; Idoso; Vulnerabilidade Social; Enfermagem Geriátrica; Geriatria.

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with depressive symptoms in the elderly inserted in a context of high social vulnerability. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 302 elderly people enrolled in Primary Care. We used a sociodemographic questionnaire, Geriatric Depression Scale, Mini Nutritional Assessment, *Shor-form-6D* Quality of Life Questionnaire and Medical Outcome Study Scale. For data analysis, a logistic regression was performed considering two groups, with and without depressive symptoms. **Results:** A good perception of the quality of life (OR: 0.21) and receiving emotional support (OR: 0.98) were presented as protective factors for depression, have risks of malnutrition (OR: 4.87), belong to the female sex OR: 1.88) and living alone (OR: 2.34), indicated a predictor factor for depression. **Conclusion:** Quality of life and social support were identified as protective factors for depressive symptoms while being at risk of malnutrition, living alone, reporting pain and being female are predictors.

Descriptors: Depression; Aged; Vulnerable Population; Nursing Care; Geriatric.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores asociados a los síntomas depresivos en ancianos insertados en contexto de alta vulnerabilidad social. **Métodos:** Estudio transversal realizado con 302 ancianos de comunidad registrados en Unidades de Salud de la Familia. Se utilizó cuestionario sociodemográfico, Escala de Depresión Geriátrica, Mini Evaluación Nutricional, Cuestionario de Calidad de Vida *Shor-form-6D* y Escala de Medical Outcome Study. Para el análisis de datos ha sido realizada regresión logística considerando dos equipos, con y sin síntomas depresivos. **Resultados:** Una buena percepción de la calidad de vida (OR: 0,21) y recibir apoyo emocional (OR: 0,98) se presentaron como factores protectores a la depresión, tener riesgos de desnutrición (OR: 4,87), pertenecer al sexo femenino (OR: 1,88) y vivir solo (OR: 2,34), indicaron factor indicador para la depresión. **Conclusión:** La calidad de vida y el apoyo social han sido identificados como factores protectores para los síntomas depresivos en cuanto estar bajo el riesgo de desnutrición, vivir solo, relatar el dolor y ser del sexo femenino son factores indicadores

Descriptorios: Síntomas Depresivos; Anciano; Vulnerabilidad Social; Enfermería Geriátrica; Geriatria.

INTRODUÇÃO

A velhice se torna cada vez mais representativa no Brasil⁽¹⁾. Ao considerar apenas o município de São Carlos, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos já representam 11% da população⁽²⁾, enquanto, na população nacional, correspondem a 13% (IBGE 2018). O apoio das Unidades de Saúde de Família para a população idosa é fundamental para a prevenção de doenças promoção da saúde, principalmente aos que residem em contexto de alta vulnerabilidade social. Conhecida como ausência ou falta de apoio de instituições sociais e associada à fragilidade da situação socioeconômica de um grupo, a vulnerabilidade social consiste em exposição a risco de exclusão, falta de recursos materiais, informações, oportunidades e direitos. Ela pode ser observada por meio de fatores sociais e individuais, como escolaridade, renda, educação, acesso a serviços, entre outros⁽³⁻⁵⁾.

O processo de envelhecimento pode causar perdas funcionais, aumentando a vulnerabilidade para aquisição de doenças crônicas — por exemplo, a depressão. Atualmente, tal doença é considerada um problema grave de saúde pública, por afetar diretamente a capacidade funcional do ser humano e pela quantidade de pessoas diagnosticadas⁽⁶⁻⁸⁾. Ela é caracterizada por um conjunto de sintomas psicológicos e fisiológicos, como tristeza persistente, anedonia, alteração do apetite e do sono, baixa autoestima, insegurança, inquietação, sentimentos de inutilidade, culpa, ansiedade ao ponto de pensar e/ou praticar autolesões e até suicídio⁽⁹⁻¹⁰⁾. É resultado complexo da interação de fatores biopsicossociais. Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida, como luto, violência, desemprego, são mais propensas a desenvolver a doença⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 300 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias, são afetadas mundialmente pela depressão, sendo considerada um problema crítico de saúde pública mundial⁽¹²⁾. O número de pessoas com transtornos de ansiedade e depressão está crescendo, especialmente em países de baixa renda. O Brasil é considerado o país com mais depressivos na América Latina, com aproximadamente 11,5 milhões de pessoas diagnosticadas⁽¹⁰⁻¹³⁾. Estima-se que, em 2030, a depressão seja a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outra patologia, como doenças cardíacas⁽¹⁰⁾. Ressalta-se que a depressão em idosos é difícil de ser diagnosticada, pois, de maneira errônea, seus sintomas são facilmente confundidos com queixas somáticas de um processo de envelhecimento normal. Elaborado pela Organização Mundial da Saúde, o Plano de Ação de Saúde Mental de 2013 a 2020 salienta a importância de promover o bem-estar mental e prevenir os distúrbios mentais, prestar cuidados, melhorar a recuperação e promover os direitos humanos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com 17 objetivos. Dentre eles, saúde e bem-estar estão presentes, e suas diretrizes apontam como compromisso reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, bem como promover a saúde mental e bem-estar. Com o mesmo objetivo, a ONU também ressalta um olhar mais cauteloso para os países em desenvolvimento com investimento na saúde e enfatiza um rastreio precoce para redução ou gerenciamento de

riscos à saúde⁽¹⁶⁾. Diante disso, identificar fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social é importante.

OBJETIVO

Identificar fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo derivou da pesquisa intitulada “Ferramenta para monitoramento de níveis de fragilidade e fatores associados em idosos atendidos pelo NASF no município de São Carlos”. Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, período e local de estudo

Trata-se um estudo transversal norteado pela ferramenta STROBE, cuja coleta de dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2016, mediante entrevistas em domicílios com entrevistadores treinados e capacitados. Todos os participantes da pesquisa aceitaram o convite de forma livre e esclarecida e registraram seu consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

População, critério de inclusão e exclusão

O estudo foi composto por uma amostra de 302 idosos cadastrados em cinco Unidades de Saúde da Família de uma ampla região, caracterizada por alto índice de vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social⁽¹⁷⁾. Foram entrevistados todos os idosos (n = 302) que atenderam os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com 60 ou mais anos, residentes em bairros em contexto de alta vulnerabilidade social e cadastrados na Unidade de Saúde de Família.

O critério de exclusão utilizado foi: idosos que não atingiram o número de corte, 13 pontos, no Mini Exame Mental⁽¹⁸⁾.

Instrumentos de Coleta de Dados

Dados sociodemográficos – Uma seção com entrevista semiestruturada que teve a finalidade de coletar dados sociodemográficos referentes a gênero, idade, etnia, escolaridade, estado civil, renda familiar, quantidade de pessoas com quem reside, percepção de saúde e relato de presença de dor há mais de seis meses.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) – Para avaliar os sintomas depressivos foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), composta por 15 questões que rastreiam sintomas depressivos, sendo que os indivíduos que alcançaram de 0 a 5 pontos foram considerados “sem **índice** de depressão”, de 6 a 11 pontos “presença de sintomas depressivos leve” e 11 a 15 pontos “presença de sintomas depressivos severo”⁽¹⁹⁾.

Mini Avaliação Nutricional em Idosos (MAN) – Para avaliar o risco de desnutrição foi aplicado a Mini Avaliação Nutricional em

Idosos (MAN) um questionário que considera a autopercepção de saúde e estado nutricional relatado pelo próprio idoso. as somas dos escores do MAN vão até 30 pontos, se o escore for maior do que 23,5 pontos o paciente encontra-se em um estado de nutrição normal, caso for menor é recomendado uma intervenção nutricional pois o idoso pode estar precisando de prescrição de suplementos nutricionais⁽²⁰⁾.

Questionário de Qualidade de Vida *Short-Form-6D* (SF-6D) – Para verificar a percepção da qualidade de vida foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida *Short-Form-6D* (SF-6D), que, por meio de 10 questões, avalia 8 domínios, a saber: capacidade funcional, limitação global, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. O escore único varia de 0 a 1, sendo 0, pior qualidade de vida; e 1, melhor estado de saúde⁽²¹⁾.

Escala de *Medical Outcome Study* (MOS) – Na avaliação de Suporte Social, com foco no amparo emocional, foi utilizado a escala de *Medical Outcome Study* (MOS), composta por 19 questões de autorresposta, que avaliam 5 dimensões: material, afetiva, emocional, apoio de informação e interação social positiva. A escala não tem nota de corte: quanto menor a pontuação apresentada, menor é o nível de suporte social das dimensões⁽²²⁾.

Escala de Katz e Lawton – Para avaliar as atividades básicas de vida diária, foi utilizada a Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), que avalia seis funções: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação⁽²³⁾. A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo 0, independente em todas as seis funções. Para a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), foi utilizado o questionário que considera sete atividades instrumentais, sendo elas: uso do telefone, realizar viagens, compras, preparo das refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. A pontuação varia de 7 a 21 pontos, em que, quanto maior a pontuação, maior a independência: 0 a 7 pontos, dependência total; 8 a 14 pontos, dependência parcial; e 15 a 21 pontos, independência⁽²²⁻²³⁾.

Questionário Internacional de Atividade Física – Para mensurar o nível de Atividade Física (AF), habitual foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* - IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) – versão longa. O questionário é dividido em quatro componentes: atividade física do trabalho, atividade física de transporte, atividade física doméstica e atividade física de lazer. As perguntas fazem referência à atividade física da última semana (últimos 7 dias) e medem quantidade de dias e tempo gasto em atividades moderadas e vigorosas em cada um dos componentes: aqueles que realizaram 150 minutos ou mais de AF durante a semana foram classificados como ativos, enquanto aqueles que realizaram menos de 150 minutos foram classificados como insuficientemente ativos⁽²⁴⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados do estudo foram codificados e organizados em banco de dados, em dupla entrada e comparação de valores, utilizando-se o programa Microsoft Excel. O tratamento e a análise dos dados foram realizados pelo programa estatístico SPSS 20.0 para Windows (Statistical Package for the Social Science). Para a análise

de caracterização sociodemográfica e descrição dos escores dos instrumentos, foram utilizadas estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo), e medidas de dispersão (desvio-padrão). Para verificar a associação da depressão com dados sociodemográficos, qualidade de vida, suporte social, nutrição e presença de dor, foi realizada regressão multivariada. A regressão univariada foi realizada tendo como variável dependente a presença de sintomas depressivos segundo a escala GDS-15, considerando-se dois grupos, com depressão e sem depressão. Das variáveis analisadas no modelo de regressão univariada (método *forward*), foram mantidas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,2$. As variáveis numéricas incluídas de forma contínua foram: idade, anos de escolaridade, domínios de suporte social (apoio afetivo, emocional, interação social, informação e interação positiva), atividades básicas e instrumentais de vida diária e avaliação da atividade física. Permaneceram no modelo multivariado as variáveis com $p \leq 0,05$, sendo ajustadas pelas variáveis “gênero”, “morar só”, “qualidade de vida”, “suporte social” e “nutrição”. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

Quadro 1 – Categorização das variáveis independentes utilizadas para compreensão na análise de regressão, São Carlos, Brasil, 2015

Variável independente	Codificação	Categorias
Gênero	Gênero	Masculino = 0 (Ref.) Feminino = 1
Avaliação nutricional	Risco nutricional	Normal = 0 (Ref.) Risco de desnutrição = 1
Morar só	Morar só	Não morar só = 0 (Ref.) Morar só = 1
Percepção de saúde	Percepção de saúde	Excelente/Muito boa = 0 (Ref.) Boa = 1 Razoavelmente = 2
Qualidade de vida	Percepção da qualidade de vida	Boa = 0 Ruim = 1 (Ref.)
Dor	Relato de dor	Sim = 0 Não = 1 (Ref.)

RESULTADOS

O estudo contou com 302 idosos, com a média de idade de 69,59 anos (DP = 7,407), em sua maioria pertencentes ao sexo feminino (56,6%), brancos (41,3%), com parceiros (58,3%) e nível de escolaridade de 1 a 4 anos (50,6%). Quanto à renda, os idosos afirmaram que ganham o suficiente para viver (51,1%). Os idosos moram em média com 2 pessoas na casa, e somente 15% dos entrevistados moram sozinhos. Do total de participantes, 111 apresentaram sintomas depressivos, sendo eles, leve ou grave, manifestando “boa” percepção da qualidade de vida (50,3%). Em relação a suporte social, a maior média corresponde a apoio afetivo (88,39%), risco de desnutrição (52,3%) e relato de dor há mais de 6 meses (74,1%). A maioria dos avaliados não apresentou dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária nem possui nível de atividade física considerável (maior que 150 minutos/semana), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis descritivas de idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família de um bairro em contexto de vulnerabilidade Social no interior de São Paulo, Brasil, 2015 (N = 302)

Variáveis	Categorias	n (%)	Média (dp)	[Mín-Máx]	Mediana
Sexo	Masculino	131 (43,3)			
	Feminino	171 (56,6)			
Idade	60–69	163 (54,0)	69,59 (7,407)	60–98	68
	70–79	102 (33,8)			
	≥ 80	37 (12,2)			
Etnia	Branca	125 (41,3)			
	Pardo/mulato/caboclo	114 (37,7)			
	Negro/preto	54 (17,8)			
	Amarelo	5 (1,6)			
	Não sabe	2 (0,6)			
	Não respondeu	2 (0,6)			
Estado civil	Com parceiro	163 (58,3)			
	Sem parceiro	102 (33,8)			
	Não respondeu	1 (0,3)			
Escolaridade	Analfabeto	104 (34,4)			
	1–4 anos de estudo	153 (50,6)			
	5 ou mais anos	45 (14,9)			
Renda familiar			1751,09 (971,422)	70–8000	1600
Quantidade membros no mesmo lar			2.90 (1,59)	10–1	2
Mora só	Sim	48 (15,8)			
	Não	254 (84,1)			
Sintomas depressivos	Sem sintomas	198 (65,3)			
	Leve	86 (28,4)			
	Grave	9 (3)			
	Não responderam	10 (3,3)			
Percepção da qualidade de vida	Sim	152 (50,3)			
	Não	149 (49,3)			
	Não responderam	1 (0,3)			
Suporte social	Apoio material		88,13 (24,13)	0–100	100
	Apoio afetivo		88,39 (23,60)	0–100	100
	Interação emocional		84,70 (25,36)	0–100	100
	Apoio de interação social		83,10 (27,61)	0–100	100
	Apoio de informação		83,04 (27,29)	0–100	100
Avaliação nutricional	Normal	135 (44,7)			
	Sob risco	158 (52,3)			
	Não responderam	9 (2,9)			
Relato de dor	Sim	224 (74,1)			
	Não	68 (22,5)			
	Não responderam	10 (3,3)			
Dependência em Atividade Básica de Vida Diária			0,72 (1,62)	0–12	0
Dependência em Atividade Instrumental de Vida diária			2,46 (3,57)	0–14	1
Nível de Atividade Física			919,91 (1.513)	0–118,20	420

Nota: Na Tabela 1, observam-se as variáveis independentes que foram analisadas por meio da regressão logística univariada para verificar associação com a depressão.

Tabela 2 – Análise de regressão logística univariada para depressão em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, Brasil, 2015

Variáveis	Categoria	Valor de p	OR*	Mín	Máx
Gênero	Masculino	Ref.	-	-	-
	Feminino	0,009	0,53	0,33	0,85
Idade	Variável contínua	0,855	0,99	0,96	1,02
Anos de escolaridade	Variável contínua	0,900	1,00	0,89	1,13
Qualidade de vida	Variável contínua	0,000	0,00	0,00	0,03
Apoio material	Variável contínua	0,022	0,98	0,97	0,99

Continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Categoria	Valor de p	OR*	Mín	Máx
Apoio afetivo	Variável contínua	0,002	0,98	0,97	0,99
Apoio emocional	Variável contínua	0,001	0,98	0,97	0,99
Apoio interação social	Variável contínua	0,000	0,97	0,96	0,98
Apoio informação	Variável contínua	0,003	0,98	0,97	0,99
Avaliação nutricional	Risco de desnutrição Normal	Ref. 0,918	- 0,963	- 0,47	- 1,97
Relato de dor	Sim	0,353	1,40	0,68	2,86
	Não	Ref.	-	-	-
Morar só	Sim	0,060	1,96	-	-
	Não	Ref.	-	-	-
Atividade Básica de Vida Diária	Variável contínua	0,084	1,13	0,98	1,30
Atividade Instrumental de Vida diária	Variável contínua	0,005	1,08	1,02	1,15
Nível de Atividade Física	Variável contínua	0,096	1,00	1,00	1,00

Nota: * OR (Odds Ratio) = Fatores associados à depressão; IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Ref.: nível de referência.

Tabela 3 – Análise de regressão logística multivariada para depressão em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, Brasil, 2015

Variáveis	Categoria	Valor de p	OR*	95%CI	
				Mín	Máx
Qualidade de vida	Variável contínua	0,000	0,21	0,12	0,38
Apoio emocional	Variável contínua	0,005	0,98	0,97	0,99
Avaliação nutricional	Normal	Ref.	-	-	-
	Risco de desnutrição	0,003	4,87	1,71	13,85
Gênero	Masculino	Ref.	-	-	-
	Feminino	0,020	1,88	1,10	3,20
Morar só	Não	Ref.	-	-	-
	Sim	0,036	2,34	1,05	5,21
Relato de dor	Não	Ref.	-	-	-
	Sim	0,331	1,42	0,69	2,89

Nota: * OR (Odds Ratio) = Fatores associados à depressão. IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Como pode ser observado na Tabela 3, ter boa percepção da qualidade de vida (OR: 0,21; IC95%: 0,12–0,38) e receber apoio emocional (OR: 0,98; IC95%: 0,97–0,99) se apresentaram enquanto fatores protetores à depressão, enquanto ter risco de desnutrição (OR: 4,87; IC95%: 1,71–13,85), pertencer ao sexo feminino (OR: 1,88; IC95%: 1,10–3,20) e morar só (OR: 2,34; IC95%: 1,05–5,21), indicaram fator preditor para a depressão.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos encontrados entre os idosos do presente estudo, ou seja, uma comunidade idosa predominante feminina, casada, com média de anos de estudo de um a quatro anos, renda de um a dois salários mínimos, são corroborados pela literatura⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Neste estudo, encontramos evidência de que a qualidade de vida e o suporte social (apoio emocional) são fatores protetores para os sintomas depressivos. Dados semelhantes foram encontrados na literatura internacional⁽²⁹⁻³⁰⁾ e nacional⁽³¹⁾. Dois estudos realizado em Hong Kong, com idosos chineses da comunidade, identificaram, por meio do WHOQOL-BREF, que uma baixa qualidade de vida estava significativamente associada à depressão. Os autores afirmaram que uma boa qualidade de vida se torna um fator protetor

para os sintomas depressivos⁽²⁹⁻³⁰⁾. Um estudo recente realizado em Passo Fundo-RS, com 313 idosas, avaliou a prevalência de sintomas depressivos em idosas que participaram de um centro de referência, sendo que apenas 7,1% das idosas apresentaram os sintomas. Segundo os autores, a baixa porcentagem de idosas com sintomas depressivos nesse contexto reflete a importância do fato de serem mais ativas socialmente, culturalmente e terem acesso a suportes de informação e interação, o que as difere dos idosos inseridos em contexto de vulnerabilidade social, como é o caso dos idosos do presente estudo. Isso porque, em contextos de pobreza, geralmente há uma escassez desses recursos de informação e uma sobrecarga do profissional de saúde⁽³¹⁻³³⁾.

Um fator preditor para sintomas depressivos que o presente estudo identificou é o risco de desnutrição. Perda de apetite é um sintoma da doença. Um estudo do grupo FIBRA com idosos em comunidade descreveu que a maioria deles que relatou redução de apetite estavam com baixo peso, sob risco de desnutrição, e um dos fatores de interferência apontado foi a depressão⁽³⁴⁾. Também há relatos na literatura de que a monotonia alimentar gera deficiências de nutrientes que podem comprometer o humor. Em uma revisão bibliográfica, estudiosos consideraram que a deficiência de vitamina B12 gera diminuição da serotonina, noradrenalina e dopamina, de modo que o sujeito com essa deficiência apresenta sintomas depressivos. Também não descartaram a falta de vitamina B12 como consequência de uma depressão. Em 1989, Robins citou que as causas mais comuns de desnutrição em idosos são os “9 D”, sendo que um deles era a depressão⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Uma revisão de literatura afirmou que a depressão prevalece mais em mulheres do que em homens, sem distinção de faixa etária⁽³⁷⁾, o que corrobora ser um fator preditor afirmado no presente estudo. A maior prevalência de sintomas depressivos na população idosa feminina pode ser vinculada a diversos fatores, como variações hormonais durante o ciclo da vida (gravidez e menopausa), por viver mais do que homens, passarem por mais eventos traumáticos, como vivenciar o luto, ninho vazio, entre outros⁽³⁸⁾.

No presente estudo, morar sozinho se associou aos sintomas depressivos como um fator preditor. Segundo estudo, laços familiares saudáveis podem ajudar no enfrentamento das consequências indesejáveis associadas à depressão. Vale ressaltar

que é importante ter uma boa qualidade de relação familiar e um bom suporte social⁽³⁸⁾.

Relato de dor e sintomas depressivos têm sido temas comumente associados, sobretudo quanto a dores crônicas e lombares, a idosos da comunidade. Estudo realizado em Minas Gerais concluiu que, diante da presença de dor e de sintomas depressivos, há retardo e piora no tratamento. Foi relatado também insônia e problemas de sono em idosos que sentem dor e têm presença de sintomas depressivos, corroborando o presente estudo, que aponta “relato de dor” como um fator preditor para sintomas depressivos⁽³⁹⁾.

Limitação de Estudo

O presente estudo tem como limitação o próprio desenho transversal, dado que não possibilita elaborar conclusões acerca das causas das relações encontradas. Também a discussão dos resultados pode ter sido afetada pela escassez de literatura recente sobre a temática de nutrição, em idosos que apresentem sintomas depressivos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

É importante rastrear e conhecer fatores que possam ser protetores e preditores para possível rastreio e prevenção da depressão.

A depressão é um problema de saúde pública que afeta milhares de pessoas. Quanto mais preciso o olhar multifatorial aos sintomas por parte dos serviços de saúde de atenção primária, maiores as chances de prevenir riscos e agravos decorrentes da depressão.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida e o suporte social foram identificados como fatores protetores para os sintomas depressivos, enquanto estar sob risco de desnutrição, morar sozinho, relatar dor e ser do sexo feminino são fatores preditores.

Rastrear os sintomas depressivos em idosos por profissionais do atendimento primário favorece o diagnóstico e o tratamento precoce com vistas à prevenção de agravos e riscos relacionados à patologia.

FOMENTO

Agradecemos o apoio financeiro concedido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código do financiamento 001 e ao Ministério de Saúde e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que financiaram a pesquisa que embasou o presente estudo, mediante auxílio pesquisa na linha Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS).

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.-IBGE. População brasileira cresce em ritmo acelerado [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 23]. Available from: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1272>
2. Sistema Estadual de Análise de Dados-SEADE. População e estatísticas vitais [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 23]. Available from: <http://www.seade.gov.br>
3. Rossetti ES, Terassi M, Ottaviani AC, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a context of high social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e3590016. doi: 10.1590/0104-07072018003590016
4. Andrew MK. Frailty and social vulnerability. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 23];41(1):186-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26301990>
5. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170013. doi: 10.5935/1414-8145.20170013
6. World Health Organization (WHO), No communicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 05]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>
7. Oliveira DV, Nascimento JRAJ, Lima MCC, Leme DEC, Antunes MD, Bertolini SMMG. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. *Rev Rede Enferm Nordeste* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 24];18(2):1-12. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/19236/29953>
8. Fried LP, Ferruci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-63. doi: 10.1093/GERONA/59.3.M255
9. American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5 [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 05]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
10. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) - Organização Mundial da Saúde (OMS): Folha Informativa de Depressão, atualizada em março de 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 24] Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822
11. Aguiar AMA, Marques APO, Silva EC, Costa TR, Ramos RSPS, Leal MCC. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):853-66. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13198
12. Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>

13. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(2):122-31. doi: 10.1590/0047-2085000000067
14. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneve: World Health Organization [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 24]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966>
15. Hajjar R, Gaudenci Nardelli G, Gaudenci EM, da Silva Santos, Á. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rede Enferm Nordeste* [Internet], 2017[cited 2018 Oct 24];18(6):727-33. Available from: <http://www.redaly.org/articulo.oi?id=324054583004>
16. Organizações das Nações Unidas (ONU), Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável; Saúde e Bem-Estar [Internet]. 2015[cited 2018 Oct 24]. Available from: <http://www.agenda2030.com.br/ods/3/>
17. Fundação SEADE. Distribuição da população, segundo grupos do IPVS [Internet]. São Paulo, 2010[cited 2018 Oct 24]. Available from: <https://ipvs.seade.gov.br/view/index.php>
18. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR., YARA, K. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1994[cited 2018 Nov 26];52(1):01-07. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
19. Yesavage J, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al, Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, *J Psych Res*. 1986;17(1):37-40.
20. Guigoz Y, Vellas J, Garry P. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, *Facts Res Gerontol* 4, 1994;(supp. 2):15-59.
21. Gonçalves AC, Bruscato AB, Bosi MF, Mesquita RC. Validity of the SF-6D index in Brazilian patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 10] 27:237-45. Available from: <http://www.clinexprheumatol.org/pubmed/find-pii.asp?pii=19473563>
22. Ferraiuoli C, Ferreira SMRR. O outro lado da "Melhor Idade": depressão e suicídio em idosos. *Perspect Online, Ciênc Hum Soc Aplic*. 2017. doi: 10.25242/88767182017821
23. Katz S. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 1963. 185(12):914-9.
24. Lino VTS. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;1(24):103-12.
25. Santos RL, Virtuoso JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(4):290-96.
26. Nunes DP Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: estudo SABE. 2011. 108 p. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
27. Chaves ECL, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):648-55. doi: 10.1590/0104-07072014001000013
28. Tavares DMS. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2016;21(11):3557-64. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016,146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 36). ISSN 1516-3296.
30. Chan SW, Chiu HF, Chien WT, Thompson DR, Lam L. Quality of life in Chinese elderly people with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:312-8. doi: 10.1002/GPS.1461
31. Cao W, Guo C, Ping W, Tan Z, Guo Y, Zheng J. A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(7):693. doi:10.3390/IJERPH1307069
32. Piani MC, Alves ALS, Bervian J, Graeff DB, Pancotte J, Daring M, et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos de um centro de Referência de Atenção ao idoso no município de Passo Fundo, Rio grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):930-8. doi: 10.1590/1981-22562016019.150211
33. Souza WC, Mascarenhas LPG, Grzelczak MT, Tajés Jr D, Brasilino FF, Lima VA. Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade. *Saúde Meio Ambiente*. 2015;4(1):55-65. doi: 10.24302/sma.v4i1.672
34. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo Epi Floripa. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003844
35. Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(4):1143-50. doi: 10.1590/1413-81232018234.17422016
36. Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics*. 1989;44(4):31-4
37. Lima CM, Barros NS, Barroso BMA, Pereira ACD, Silva APV. Um estudo sobre Depressão na Terceira Idade, 2015. *Rev Inova Saúde*;7(1)1-13. doi: 10.18616/IS.V7I1.4258
38. Holtfreter K, Reisig D, Turanovic J, Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial Ties, *Aging Mental Health*. 2014;379-388, doi: 10.1080/13607863.2015.1099036
39. Figueiredo VF, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira AM, Amorim JSC. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisio Movimento*. 2017;26(3):549-57. doi: 10.1590/S0103-51502013000300008