

# Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional

*Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: a population-based study*

Gizele Carmem Fagundes Ramos<sup>1</sup>, Jair Almeida Carneiro<sup>1</sup>, Ana Teresa Fernandes Barbosa<sup>1</sup>, José Marcio Girardi Mendonça<sup>1</sup>, Antônio Prates Caldeira<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos não institucionalizados. **Métodos:** Estudo transversal, analítico, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, em visitas domiciliares. Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas, comorbidades, utilização de serviços de saúde, escala de fragilidade (*Edmonton Frail Scale*), teste *Timed Get Up and Go* e a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*). Para análise estatística, as variáveis foram dicotomizadas. Conduziram-se análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) adotando-se nível de significância menor que 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão logística múltipla e as variáveis mantidas apresentaram associação com sintomas depressivos em um nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 27,5%. As variáveis independentes associadas a sintomas depressivos foram: não ter companheiro (a) (OR = 1,81; IC 95% 1,214-2,713), não saber ler (OR = 1,84; IC 95% 1,19-2,836), percepção negativa sobre a própria saúde (OR = 2,12; IC 95% 1,373-3,256), tabagismo (OR = 2,31; IC 95% 1,208-4,431), alto risco de quedas (OR = 1,78; IC 95% 1,000-3,184) e fragilidade (OR = 2,38; IC 95% 1,510-3,754). **Conclusões:** A alta prevalência de sintomas depressivos identificada entre idosos comunitários alerta para a necessidade de maiores cuidados com a população idosa.

## Palavras-chave

Idoso, depressão, prevalência, epidemiologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the prevalence and the factors associated with depressive symptoms in the noninstitutionalized elderly. **Methods:** A cross sectional analytical study population-based, conducted between May and July 2013, through a household survey. A questionnaire with sociodemographic variables, comorbidities, use of health services, scale fragility (*Edmonton Frail Scale*), *Timed Get Up and Go* test and *Geriatric Depression Scale GDS-15* was applied. For statistical analysis, the variables were dichotomized. Bivariate analyzes (*chi-square test*) were conducted adopting a significance level lower than 0.20 for inclusion of independent variables in the multiple model. The final model was generated using multivariate logistic re-

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde.

Recebido em  
31/1/2015  
Aprovado em  
21/5/2015

Endereço para correspondência: Gizele Carmem Fagundes Ramos  
Hospital Universitário Clemente de Faria, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS)  
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito  
39401-001 – Montes Claros, MG, Brasil  
E-mail: gizelecarmem@yahoo.com.br

## Keywords

Senior, depression, prevalence, epidemiology.

gression and the variables were associated with depressive maintained at a significance level of 0.05 ( $p < 0.05$ ) symptoms. **Results:** The prevalence of depressive symptoms was 27.5%. Independent variables associated with depressive symptoms were: not having a partner (OR = 1.81, 95% CI 1.214 to 2.713), not reading (OR = 1.84, 95% CI 1.19 to 2.836), having negative perception about their own health (OR = 2.12, 95% CI 1.373 to 3.256), smoking (OR = 2.31, 95% CI 1.208 to 4.431), high risk of falls (OR = 1.78, 95% CI 1.000 to 3.184) and frailty (OR = 2.38, 95% CI 1.510 to 3.754). **Conclusions:** The high prevalence of depressive symptoms among community-dwelling elders identified alert to the need for better care of the elderly population.

## INTRODUÇÃO

A depressão na terceira idade é um problema de saúde mental bastante comum, com profundo impacto negativo sob todos os aspectos na vida do idoso, bem como em sua família e na comunidade<sup>1,2</sup>. Tal impacto está associado aos piores desfechos em saúde, ao comprometimento da saúde física, à maior utilização de serviços de saúde e a maiores custos, além do aumento do risco de morte<sup>3</sup>.

A depressão maior é caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com duração, sem tratamento, de meses a anos. Para definição de seu diagnóstico, utilizam-se os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e/ou do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)<sup>1</sup>.

É importante destacar que o humor deprimido ou tristeza não são essenciais para o diagnóstico das síndromes depressivas nos idosos. Muitas vezes eles têm dificuldade de verbalizar uma tristeza e podem referir irritabilidade, falta de sentimentos e emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer em atividades que eram antes consideradas prazerosas<sup>4</sup>.

O termo “depressão subsindrômica” se aplica a indivíduos com sintomas depressivos, mas que não preenchem critérios para depressão maior, podendo englobar distímia e depressão menor<sup>5</sup>. A expressão “sintomas depressivos clinicamente significativos” (SDCS) refere-se a uma ampla categoria de indivíduos com sintomas depressivos detectados por meio de escalas de triagem, podendo incluir aqueles com depressão maior, depressão menor ou distímia<sup>6</sup>. A maioria dos idosos com SDCS não preenche os critérios diagnósticos de depressão maior, mas a morbidade cumulativa associada com depressão menor na população excede aquela para depressão maior<sup>7</sup>.

Estudos demonstram associação entre sintomatologia depressiva em idosos e fatores sociodemográficos como: sexo feminino<sup>8-11</sup>, idade avançada<sup>8,9,12</sup>, baixa escolaridade<sup>8,10,12</sup> e não ter companheiro conjugal<sup>8</sup>. No que diz respeito às condições de saúde, são fatores descritos como associados aos sintomas depressivos: incapacidade funcional<sup>8,12-18</sup>, percepção negativa da saúde<sup>8,12,17,18</sup>, tabagismo<sup>14,19</sup>, maior utilização de medicamentos<sup>16</sup>, insônia<sup>8,12</sup> e comorbidades somáticas

crônicas<sup>9,17,20</sup>. Apesar desses aspectos já apontados pela literatura, ainda existem lacunas, pois existem poucos estudos com abordagem de base populacional em regiões carentes e fora dos grandes centros metropolitanos.

No Brasil, entre idosos comunitários, a prevalência de depressão maior varia de 3% a 15% nas diversas regiões, enquanto a prevalência de sintomas depressivos varia de 13% a 39%, o que indica maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com taxas relatadas na literatura internacional<sup>9</sup>, cuja média situa-se em torno de 13,5%<sup>11</sup>. As discrepâncias entre os valores observados também ressaltam a necessidade de estudos regionais e de base populacional, para que as variáveis identificadas possam ser abordadas de maneira mais efetiva e imediata pelos gestores de saúde.

A alta prevalência de sintomas depressivos e depressão subsindrômica em idosos reforça ainda a importância de se investigá-los, por estarem associados a maior risco cardiovascular e outras doenças médicas, bem como com o risco de evolução para depressão maior<sup>9</sup>.

Para a região norte do estado de Minas Gerais, são escassos os registros de avaliações sistemáticas ou avaliações de base populacional abordando sintomatologia depressiva e fatores associados, o que destaca o caráter original do estudo. Considerando a particularidade da região, que geograficamente está inserida na Região Sudeste do país, mas agrega municípios com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e possui características muito mais próximas da Região Nordeste, estudos locais, que avaliem as condições de vida e saúde da população idosa, têm o potencial de gerar novos conhecimentos e subsidiar a tomada de decisão para os gestores de saúde. Sendo assim, este trabalho objetivou avaliar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos comunitários em uma cidade do norte de Minas Gerais.

## MÉTODOS

Este estudo é parte de uma análise das condições de saúde de idosos não institucionalizados, residentes no norte de Minas Gerais e foi conduzido no município de Montes Claros, principal polo urbano da região. Trata-se de estudo transver-

sal, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, em visitas domiciliares.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário e foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município<sup>21</sup>. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios segundo a densidade populacional de indivíduos com idade  $\geq 60$  anos. Nessa etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

O número total de idosos alocados para o estudo considerou uma prevalência de 25% para os sintomas depressivos<sup>12</sup>, uma população estimada de 30.790 idosos<sup>21</sup>, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 2 e acrescido de 15% para eventuais perdas. Esses cálculos definiram uma amostra de, pelo menos, 614 idosos.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e ser residente na área selecionada. Os critérios de exclusão foram: estar em uso de antidepressivos; incapacidade cognitiva, segundo a avaliação da família; déficit auditivo não corrigido que impedisse o entendimento das perguntas e recusa à participação na pesquisa por parte do idoso ou de seus familiares. A incapacidade cognitiva segundo a avaliação da família foi tomada como medida plausível diante da complexidade de se aplicar um instrumento específico para tal. Nesse caso, antes do início da entrevista, o instrumento de coleta de dados foi apresentado para os familiares, que julgaram se o idoso tinha condição de respondê-lo. Foram consideradas perdas os idosos não disponíveis em pelo menos três visitas, em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por entrevistadores de nível superior, previamente treinados e calibrados, que percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido, por sorteio, em cada setor censitário. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram baseados em estudos similares<sup>22</sup> e foram previamente testados em estudo-piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos no trabalho final.

A variável-desfecho deste estudo – sintomas depressivos – foi obtida por meio da aplicação da Escala Geriátrica de Depressão com 15 questões (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*)<sup>23</sup>. Trata-se de instrumento já validado nacionalmente, composto por perguntas negativas/afirmativas, em que o resultado de 6 ou mais pontos identifica sintomatologia

depressiva; dessa forma, o ponto de corte adotado foi 5/6 (não caso/caso)<sup>23,24</sup>.

As variáveis independentes estudadas foram: gênero, idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, arranjo familiar (condição de residir sozinho ou com outras pessoas), número de pessoas por domicílio, escolaridade, capacidade para leitura, renda própria, prática religiosa, tabagismo, ocorrência de queda no último ano, número de quedas, medo de cair, presença de morbidades crônicas autorreferidas [hipertensão, cardiopatias, acidente vascular encefálico, *diabetes mellitus*, artrites, osteoporose, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)], presença de cuidador, autoavaliação da saúde, risco de quedas e fragilidade.

Para as variáveis demográficas e socioeconômicas, além daquelas relacionadas aos cuidados de saúde e morbidade referida, foram utilizadas questões do Vigitel/2011<sup>22</sup>.

O risco de quedas foi obtido por meio do teste de mobilidade funcional *Timed Get Up and Go*<sup>25</sup>, realizado no domicílio dos idosos. Trata-se de um instrumento que avalia o equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição de pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias. A técnica consiste em solicitar ao idoso que se levante de uma cadeira (altura do assento de 45 cm e dos braços de 65 cm), deambule 3 metros, retorne e sente-se novamente, enquanto se cronometra o tempo despendido na realização dessa tarefa. Em cada domicílio, os entrevistadores definiam o melhor espaço para aplicar o teste, considerando os requisitos necessários. Indivíduos independentes sem alterações no equilíbrio realizam o teste em 10 segundos ou menos; aqueles com independência em transferências básicas gastam 20 segundos ou menos. Já os indivíduos que necessitam de mais de 30 segundos para realizar o teste são dependentes em muitas atividades de vida diária e na mobilidade, apresentando riscos aumentados de cair. Foram considerados com menor risco de quedas os indivíduos que realizaram o teste em até 20 segundos e com alto risco de quedas aqueles que gastaram mais de 20 segundos<sup>25</sup>.

A fragilidade foi mensurada por meio da *Edmonton Frail Scale* (EFS)<sup>26</sup>, um instrumento que avalia nove domínios – cognição, estado de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicação, nutrição, humor, continência urinária e desempenho funcional –, distribuídos em 11 itens, com pontuação de 0 a 17. Para a análise estatística, os resultados da escala foram dicotomizados em dois níveis: sem fragilidade (escore final  $\leq 6$ ) e com fragilidade (escore  $> 6$ )<sup>26</sup>.

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Em seguida, investi-

gou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente e demais variáveis. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson), adotando-se nível de significância menor que 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão logística múltipla e foram mantidas no modelo final as variáveis que apresentaram associação com sintomas depressivos até um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros e aprovado mediante o parecer do processo de nº 173.397. Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando o idoso não podia assinar, fazia registro de sua digital ou alguém da família assinava o termo, consentindo a entrevista para coleta de dados.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 681 idosos, dos quais 42 foram excluídos por estarem em uso de antidepressivos. Ao final, foram avaliados 639 idosos, com idades entre 60 e 98 anos, sendo a média de 70,6 anos ( $DP \pm 7,8$ ). A maior parte era do gênero feminino (64,0%) e autodeclarados não brancos (68,9%). Quase metade dos idosos era casada (49,5%). A escolaridade média da amostra foi de 3,7 anos. As principais características sociodemográficas do grupo são apresentadas na tabela 1.

Dos idosos avaliados, a maior parte (51,0%) descreveu sua saúde como razoável ou ruim e 89,5% informaram ter passado por alguma consulta médica nos últimos 12 meses. O relato de quedas no último ano foi referido por 27,1% dos idosos e 12,8% apresentaram alto risco de quedas mediante o teste de mobilidade funcional. Hipertensão foi a doença crônica mais presente na amostra estudada, sendo autorrelatada por 70,9% dos idosos. As principais características do grupo em relação às condições de saúde e morbidades são apresentadas nas tabelas 2 e 3, respectivamente.

A prevalência de sintomas depressivos foi de 27,5% (IC 95%: 24,1-31,1), sendo 29,1% no gênero feminino e 24,8% no masculino. Para idosos com 80 anos ou mais, a prevalência foi de 34,8%, enquanto para os mais jovens, entre 60 e 79 anos, foi de 26,3%.

Associações entre as variáveis independentes e sintomas depressivos são apresentadas nas tabelas 4 e 5. Após análise de regressão múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas a sintomas depressivos foram: não ter companheiro (situação conjugal) (OR = 1,81; IC 95% 1,214-2,713), não saber ler (OR = 1,84; IC 95% 1,19-2,836), percepção negativa sobre a própria saúde (OR = 2,12; IC 95% 1,373-3,256), tabagismo (OR = 2,31; IC 95% 1,208-4,431), alto risco de quedas (OR =

1,78; IC 95% 1,000-3,184) e fragilidade (OR = 2,38; IC 95% 1,510-3,754).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de idosos em Montes Claros (MG), 2013

Variáveis	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	230	36,0
Feminino	409	64,0
<b>Idade</b>		
60 a 69 anos	326	51,0
70 a 79 anos	221	34,6
80 anos ou mais	92	14,4
<b>Cor da pele autorreferida</b>		
Parda	366	57,3
Preta	62	9,7
Branca	199	31,1
Amarela	12	1,9
<b>Estado conjugal (n = 638)</b>		
Solteiro	42	6,6
Casado	315	49,4
União estável	16	2,5
Divorciado/separado	49	7,7
Viúvo	216	33,9
<b>Prática religiosa</b>		
Sim	528	82,6
Não	111	17,4
<b>Arranjo familiar (n = 638)</b>		
Mora sozinho	79	12,4
Mora somente com cônjuge	112	17,5
Mora com outros familiares	444	69,5
Mora com não familiares	3	0,5
<b>Renda própria</b>		
Sim	570	89,2
Não	69	10,8
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	165	25,8
1 a 4 anos	319	49,9
5 a 8 anos	99	15,5
9 a 11 anos	24	3,8
12 ou mais	32	5,0
<b>Capacidade para leitura (sabe ler)</b>		
Sim	462	72,3
Não	177	27,7
<b>Número de pessoas por domicílio</b>		
Até 2 pessoas	274	42,9
3 a 6 pessoas	349	54,6
7 ou mais pessoas	16	2,5

**Tabela 2.** Condições de saúde e variáveis associadas entre idosos em Montes Claros (MG), 2013

Variáveis	n	%
Queda nos últimos 12 meses (n = 638)		
Sim	173	27,1
Não	465	72,9
Número de quedas nos últimos 12 meses (n = 173)		
Cinco ou mais	22	3,4
Menos de cinco	151	23,6
Medo de cair (n = 638)		
Sim	451	70,6
Não	187	29,3
Tabagismo		
Sim	56	8,8
Não	583	91,2
Possui cuidador		
Não	537	84,0
Sim	102	16,0
Fragilidade*		
Frágil	215	33,6
Não frágil	424	66,4
Mobilidade funcional**		
Alto risco de quedas	82	12,8
Menor risco de quedas	557	87,2
Autopercepção da saúde		
Excelente/muito boa/boa	313	49,0
Razoável	264	41,3
Ruim	62	9,7

\* Edmonton Frail Scale; \*\* Timed get out and go test.

## DISCUSSÃO

A literatura revela que a prevalência de sintomas depressivos em idosos comunitários pode apresentar grande variabilidade de tanto entre países quanto entre diferentes comunidades dentro de um mesmo país<sup>13</sup>. Achados nacionais variam de 13%, conforme estudo realizado em São Paulo com 1.563 idosos<sup>11</sup>, a 38,5%, segundo pesquisa com 1.510 idosos, na cidade de Bambuí, MG<sup>8</sup>. É possível que parte dessa variabilidade seja atribuída à metodologia utilizada e à forma de mensuração, isto é, ao instrumento utilizado.

Neste estudo, a prevalência de sintomas depressivos se mostrou ligeiramente superior àquela observada por Maciel e Guerra, em pesquisa realizada no nordeste brasileiro<sup>12</sup>, com amostra de 310 idosos, utilizando também a GDS-15. A prevalência observada neste trabalho também é um pouco maior do que a registrada em outro estudo de base populacional no sul do Brasil, com amostra de 1.656 idosos, referenciando o mesmo instrumento de coleta de dados<sup>18</sup>.

**Tabela 3.** Morbidades autorreferidas por idosos em Montes Claros (MG), 2013

Variáveis	n	%
Hipertensão (n = 638)		
Sim	453	70,9
Não	185	29,0
Diabetes (n = 637)		
Sim	143	22,4
Não	494	77,6
Cardiopatas (n = 627)		
Sim	141	22,5
Não	486	77,5
Artrites/reumatismo (n = 627)		
Sim	220	35,1
Não	407	64,9
Osteoporose (n = 619)		
Sim	154	24,9
Não	465	75,1
Acidente vascular encefálico (n = 632)		
Sim	33	5,2
Não	599	94,8
Doença pulmonar obstrutiva crônica (n = 638)		
Sim	27	4,2
Não	611	95,8
Asma (n = 638)		
Sim	30	4,7
Não	608	95,3

Alvarenga *et al.*, em investigação epidemiológica realizada com 503 idosos na região Centro-Oeste do Brasil, com uso da GDS-15, registraram prevalência de sintomas depressivos de 34,4%<sup>27</sup>. Todavia, é preciso salientar que o estudo foi restrito a idosos cadastrados em equipes da Estratégia Saúde da Família.

A utilização de outros instrumentos registra resultados mais distantes do que se observou no presente trabalho. O estudo de Bambuí<sup>8</sup>, em Minas Gerais, foi realizado utilizando o *General Health Questionnaire*, apontando prevalência de sintomas depressivos de 38,5%, enquanto outro estudo conduzido em São Paulo<sup>16</sup>, com uso do *Short Psychiatric Evaluation Schedule*, mostrou prevalência de 21,1%. A utilização do questionário *Brazil Old Age Schedule*, em outro estudo de base populacional no sul do Brasil<sup>28</sup>, registrou prevalência de 19,7%.

Estudos internacionais também apresentam grande variabilidade, em decorrência dos instrumentos e da população avaliada. Richardson *et al.*, em estudo realizado em Nova

**Tabela 4.** Análise bivariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	GDS				OR (IC95%)	Valor P
	≥ 6		< 5			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
<b>Gênero</b>						0,241
Feminino	119	29,1	290	70,9	1,24 (0,86-1,80)	
Masculino	57	24,8	177	74,1	1	
<b>Idade</b>						0,093
Maior de 80 anos	32	34,8	60	65,2	1,50 (0,93-2,387)	
De 60 a 80 anos	144	26,3	403	73,7	1	
<b>Cor da pele autorreferida</b>						0,877
Não branco	122	27,7	318	72,3	1,03 (0,71-1,50)	
Branco	54	27,1	145	72,9	1	
<b>Situação conjugal</b>						< 0,001
Sem companheiro	105	34,1	203	65,9	1,89 (1,33-2,69)	
Com companheiro	71	21,5	260	78,5	1	
<b>Prática religiosa</b>						0,028
Não	40	36,0	71	64,0	1,62 (1,05- 2,51)	
Sim	136	25,8	392	74,2	1	
<b>Arranjo familiar</b>						0,006
Reside sozinho	32	40,5	47	59,5	1,96 (1,20-3,19)	
Não reside sozinho	144	25,8	415	74,2	1	
<b>Renda própria</b>						0,762
Não	19	27,5	50	72,5	1,00 (0,57-1,75)	
Sim	157	27,5	413	72,5	1	
<b>Escolaridade</b>						0,112
Quatro anos ou menos	141	29,1	343	70,9	1,41 (0,92-2,15)	
Mais de 4 anos	35	22,6	120	77,4	1	
<b>Sabe ler</b>						< 0,001
Não	69	39,0	108	61,0	2,12 (1,46-3,07)	
Sim	107	23,2	355	76,8	1	
<b>Número de pessoas por domicílio</b>						0,740
Quatro ou mais pessoas	61	26,8	167	73,2	0,94 (0,65-1,35)	
Menos de 4 pessoas	115	28,0	296	72,0	1	

lorque, com 378 idosos, apontaram que quase um terço dos indivíduos estudados (31,0%) apresentou sintomas depressivos por meio do *Patient Health Questionnaire-9*<sup>3</sup>.

Utilizando a GDS-15, um estudo japonês<sup>14</sup> com cerca de 5.400 idosos comunitários, de 65 anos ou mais e residentes em áreas rurais, registrou uma prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos de 33,5%. Já um estudo alemão<sup>15</sup> com cerca de 3.300 idosos de 75 anos ou mais, utilizando a mesma escala e pontos de corte, registrou uma prevalência de 9,7%.

As diversas prevalências identificadas pelos estudos, independentemente de apresentarem variabilidade atribuída aos tamanhos amostrais, às diferentes escalas e pontos de

corte utilizados para sintomas depressivos, aos pontos de corte de idade como critério de inclusão ou às peculiaridades regionais de cada grupo populacional estudado, salientam a relevância do tema. As prevalências registradas não são desprezíveis e alertam para a necessidade de cuidados especiais com a população idosa, sobretudo considerando o acelerado processo de envelhecimento populacional que o Brasil vivencia nos últimos anos<sup>29</sup>.

A investigação dos fatores associados aos sintomas depressivos revelou como fatores de risco: aspectos relacionados às condições de saúde (percepção negativa sobre a própria saúde, alto risco de quedas e fragilidade), aspectos sociais (não ter companheiro, não saber ler) e hábito de vida (tabagismo).

**Tabela 5.** Análise bivariada dos sintomas depressivos em idosos, segundo condições de saúde e morbidades

Variáveis	Sintomas depressivos presentes n (%)	Sintomas depressivos ausentes n (%)	OR (IC 95%)	Valor P
<b>Queda nos últimos 12 meses</b>				
Sim	58 (33,7%)	114 (66,3%)	1,496 (1,024-2,185)	0,037
Não	118 (25,4%)	347 (74,6%)	1	
<b>Número de quedas nos últimos 12 meses</b>				
Cinco ou mais	11 (50%)	11 (50%)	2,020 (0,820-4,978)	0,121
Menos de cinco	50 (33,1%)	112 (66,1%)	1	
<b>Medo de cair</b>				
Sim	138 (30,6%)	313 (69,4%)	1,729 (1,149-2,601)	0,008
Não	38 (20,3%)	149 (79,4%)	1	
<b>Hipertensão</b>				
Sim	129 (28,5%)	324 (70,2%)	1,169 (0,792-1,725)	0,431
Não	47 (25,4%)	138 (74,6%)	1	
<b>Diabetes</b>				
Sim	49 (34,3%)	94 (65,7%)	1,522 (1,020-2,272)	0,039
Não	126 (25,5%)	368 (74,5%)	1	
<b>Cardiopatias</b>				
Sim	39 (27,7%)	102 (72,3%)	1,047 (0,688-1,594)	0,830
Não	130 (26,7%)	356 (73,3%)	1	
<b>Artrites /reumatismo</b>				
Sim	67 (30,5%)	153 (69,5%)	1,309 (0,910-1,885)	0,146
Não	102 (25,1%)	305 (74,9%)	1	
<b>Osteoporose</b>				
Sim	51 (33,1%)	103 (66,9%)	1,525 (1,025-2,267)	0,036
Não	114 (24,4%)	351 (75,5%)	1	
<b>Acidente vascular encefálico</b>				
Sim	13 (39,4%)	20 (60,6%)	1,783 (0,867-3,669)	0,112
Não	160 (26,7%)	439 (73,3%)	1	
<b>Asma</b>				
Sim	7 (23,3%)	23 (76,7%)	0,791 (0,333- 1,877)	0,593
Não	169 (27,8%)	439 (72,2%)	1	
<b>Tabagismo</b>				
Sim	27 (48,2%)	29 (51,8%)	2,712 (1,555-4,730)	< 0,001
Não	149 (25,6%)	434 (74,4%)	1	
<b>Possui cuidador</b>				
Sim	43 (42,2%)	49 (57,8%)	2,214 (1,427-3,434)	< 0,001
Não	133 (24,8%)	404 (75,2%)	1	
<b>Fragilidade</b>				
Frágil	102 (47,4%)	113 (52,6%)	4,269 (2,958-6,060)	< 0,001
Não frágil	74 (17,5%)	350 (82,5%)	1	
<b>Mobilidade funcional</b>				
Alto risco de quedas	42 (51,2%)	45 (48,8%)	3,315 (2,062-5,328)	< 0,001
Menor risco de quedas	134 (24,1%)	423 (75,9%)	1	
<b>Autopercepção da saúde</b>				
Razoável/ruim	120 (36,8%)	206 (63,2%)	2,673 (1,853-3,856)	< 0,001
Boa/excelente	56 (17,9%)	257 (82,1%)	1	

A percepção negativa sobre a própria saúde, assim como em outros trabalhos<sup>8,12,17,18</sup>, mostrou-se associada à sintomatologia depressiva. A percepção da saúde é um dado subjetivo e diz respeito à forma como o indivíduo vê seu estado geral, o que inclui as dimensões biológica, psicológica e social<sup>12</sup>. Fatores associados ao surgimento de sintomas depressivos podem concomitantemente afetar a autopercepção de saúde do indivíduo, o que justificaria a associação. Em estudo realizado em Florianópolis, o autor defende que o próprio relato ruim sobre a saúde pode ser entendido como sintoma depressivo<sup>18</sup>.

A relação entre os sintomas depressivos e a restrição da mobilidade por medo de cair, assim como as quedas recorrentes, está bem relatada na literatura<sup>30,31</sup>. No presente trabalho, o alto risco de quedas, estimado pelo teste de mobilidade funcional, se mostrou estatisticamente associado aos sintomas depressivos. Entretanto, para o relato de quedas nos últimos 12 meses, a associação não se manteve significativa. É possível que o relato de quedas tenha sido subestimado em razão da limitação de memória. Todavia, esse aspecto não foi avaliado no presente estudo.

A sintomatologia depressiva associou-se com fragilidade, de forma semelhante a outros estudos<sup>32-34</sup>. Essa associação poderia estar vinculada à sobreposição de características coexistentes em ambas as condições de saúde, por exemplo, a inatividade, a perda de peso, a exaustão e o nível reduzido de atividade física<sup>33,34</sup>.

No que diz respeito à situação conjugal, a condição de não ter companheiro (solteiro/viúvo/divorciado) mostrou-se associada com a presença de sintomas depressivos. Estudo realizado na cidade de Bambuí identificou associação semelhante para a condição de solteiro e separado<sup>8</sup>.

A associação de sintomatologia depressiva com analfabetismo, já encontrada em outro trabalho<sup>12</sup>, foi corroborada neste estudo. Acredita-se que o nível educacional possibilita que o indivíduo amplie os recursos de enfrentamento das situações estressantes da vida<sup>8,10</sup>, dessa forma indivíduos analfabetos apresentariam maior risco de desenvolver sintomas depressivos.

O tabagismo mostrou-se associado à presença de sintomas depressivos, resultado concordante com outros estudos<sup>15,19</sup>. Sabe-se que a nicotina interfere no funcionamento neuroendócrino e, dessa forma, pode influenciar o quadro psicopatológico. Provavelmente, as pessoas que relatam ansiedade e depressão sentem-se bem fumando, porque a nicotina é ansiolítica e contribui para o alívio dos sintomas<sup>35</sup>.

Por outro lado, estudos demonstram que a doença cerebrovascular pode predispor, precipitar ou perpetuar a síndrome depressiva nos idosos, mediante a interrupção dos circuitos frontoestriatais, que ligam o córtex pré-frontal aos gânglios basais<sup>36</sup>. Nessa perspectiva, o tabagismo poderia estar associado a sintomas depressivos, por causa de seu potencial aterogênico na patogênese dos eventos cerebrovasculares. Contudo, segundo Gazalle *et al.*, o papel do taba-

gismo na ocorrência da depressão é controverso e estudos epidemiológicos e neurobiológicos focados exclusivamente na relação tabaco *versus* depressão são necessários para elucidar essa associação<sup>19</sup>.

Diversos estudos têm demonstrado relação entre sintomas depressivos e idade em idosos<sup>8,9,12</sup>; neste trabalho, essa associação não foi estatisticamente significativa. Segundo Castro-Costa *et al.*, a associação entre envelhecimento e depressão tem sido inconsistente e tende a desaparecer após o ajuste para a incapacidade funcional, distúrbios médicos e comorbidades<sup>8</sup>.

A associação entre gênero feminino e sintomas depressivos em idosos foi um achado comum na literatura<sup>8-11</sup>. Por outro lado, investigações epidemiológicas de grande tamanho amostral, como um estudo realizado no sul do Brasil com 7.040 idosos<sup>17</sup> e outro conduzido na Alemanha com 3.327 idosos<sup>15</sup>, não demonstraram essa associação. O presente trabalho também não constatou influência do gênero na prevalência de sintomas depressivos em idosos. Mais estudos ainda são necessários para determinar se há uma real associação entre sintomas depressivos e gênero na terceira idade.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Trata-se de pesquisa conduzida em um único município, no qual a identificação das morbidades foi realizada por meio do autorrelato, fato que pode ter propiciado uma subestimativa da real prevalência das condições de morbidade. Outro aspecto diz respeito ao local de coleta de casos – o próprio domicílio do idoso –, o que pode ter gerado algum viés, pois idosos mais ativos estariam trabalhando e não disponíveis para responder ao inquérito, mesmo depois de repetidas visitas. Todavia, é preciso considerar que o estudo foi conduzido com uma amostra relativamente grande, alocada em 42 setores censitários, incorporando diferentes estratos sociais da população e que, para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos padronizados.

A identificação de fatores associados aos sintomas depressivos em idosos, quando usada para reconhecer populações em alto risco, pode se constituir no passo fundamental para o planejamento de intervenções de base populacional que visem reduzir a prevalência de sintomas depressivos e suas complicações.

O uso rotineiro, por parte dos profissionais de saúde, de instrumentos de triagem de depressão, facilmente aplicáveis na prática clínica, permitiria não só o diagnóstico de muitos casos da doença, que passam despercebidos e influenciam adversamente a qualidade de vida dos pacientes, como também o prognóstico das comorbidades existentes, as quais contribuem para maior mortalidade, seja pelo aumento do risco de suicídio, seja pela evolução desfavorável das doenças crônicas existentes<sup>20</sup>. Novos estudos são desejáveis para essa área do conhecimento, buscando novas associações que permitam intervenções precoces e mais efetivas sobre a saúde mental dos idosos.

## CONCLUSÕES

A prevalência de sintomas depressivos identificada neste estudo foi alta e alerta para a necessidade de maiores cuidados com a população idosa. Especial atenção deve ser dada àqueles idosos que apresentam percepção negativa da saúde, tabagismo, alto risco de quedas, fragilidade, assim como aos que não sabem ler e não têm companheiro(a), por serem condições associadas à presença de sintomatologia depressiva.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Gizele Carmem Fagundes Ramos** – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração e revisão crítica do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

**Jair Almeida Carneiro** – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração do artigo, e aprovou sua versão final a ser publicada.

**Ana Teresa Fernandes Barbosa** – Contribuiu significativamente na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão crítica do seu conteúdo intelectual, e aprovou sua versão final a ser publicada.

**José Marcio Girardi Mendonça** – Contribuiu na concepção e desenho do estudo e na elaboração do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

**Antônio Prates Caldeira** – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na elaboração e revisão crítica do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum dos autores possui conflitos de interesse a serem declarados.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), pelo suporte financeiro assegurado para a realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
- Buchanan D, Tourigny-Rivard MF, Cappelliez P, Frank C, Janikowski P, Spanjevic L, et al. National guidelines for seniors' mental health: the assessment and treatment of depression. *Can J Geriatr*. 2006;9(2):552-8.
- Richardson TM, Friedman B, Podgorski C, Knox K, Fisher S, He H, et al. Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(4):346-54.
- Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med*. 2007;17(1):3-8.
- Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Consenza RM. Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26.
- Harman JS, Veazie PJ, Lyness JM. Primary care physician office visits for depression by older Americans. *J Gen Intern Med*. 2006;21(9):926-30.
- Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):104-9.
- Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26.
- Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1137-43.
- Barcelos-Ferreira R, Pinto JA Jr, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90.
- Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):26-33.
- Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly – prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;39(1):15-23.
- Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008;111(2-3):153-63.
- Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7.
- Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):790-9.
- Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10.
- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):365-71.
- Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):691-700.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2-B):421-6.
- Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med*. 2007;17(1):3-8.
- Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):91-6.
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9.

27. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):497-503.
28. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):302-7.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: MS; 2009.
30. Ricci NA, Gonçalves DFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo programa de saúde da família. *Saúde Soc São Paulo.* 2010;19(4):898-909.
31. Dias RC, Freire MTF, Santos EG, Vieira RA, Dias JMD, Perracini MR. Characteristics associated with activity restriction induced by fear of falling in community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(5):406-13.
32. Drey M, Wehr H, Wehr G, Uter W, Lang F, Rupprecht R, et al. The frailty syndrome in general practitioner care: a pilot study. *Z Gerontol Geriatr.* 2011;44(1):48-54.
33. Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(8):1321-30.
34. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saude Publica.* 2013;29(8):1631-43.
35. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MGF, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):583-95.
36. Fernandes APS. Lesão da substância branca cerebral (leucoaraiose) [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.