

Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional

Association between depression and sociodemographic characteristics, quality of sleep and living habits among the elderly of the north-east of Brazil: a cross-sectional population based study

Johnnatas Mikael Lopes¹
Sabrina Gabrielle Gomes Fernandes²
Fábio Galvão Dantas³
Jovany Luís Alves de Medeiros⁴

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: Os transtornos depressivos podem ser definidos como episódios de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades. A depressão é considerada o principal transtorno mental em idosos, podendo relacionar-se com a qualidade do sono e hábitos de vida, além de ser influenciada por questões sociodemográficas. **Objetivo:** Verificar a prevalência de depressão em idosos no interior do Nordeste brasileiro e qual a sua relação com o perfil sociodemográfico, qualidade do sono e hábitos de vida. **Método:** Delineou-se um estudo epidemiológico do tipo transversal, tendo como base a população idosa da zona urbana de Campina Grande-PB. Foi investigada a presença de depressão como variável dependente, assim como aspectos sociodemográficos, qualidade do sono e hábitos de vida como variáveis independentes. Foram obtidas estimativas de prevalência das variáveis e medidas de associação por meio de regressão de Poisson. Adotou-se um nível de significância de 5% para as estimativas. **Resultados:** Participaram do estudo 168 idosos com idade média de 72,3 ($\pm 7,8$) anos, sendo em sua maioria mulheres, 122 (72,6%). O quadro depressivo foi identificado em 72 idosos (42,9%). As idosas estavam duas vezes mais associadas ao quadro depressivo (RP=2,26) que os homens. A qualidade subjetiva do sono muito bom (RP=0,34), o médio/alto risco de distúrbio do sono (RP=4,08), tomar medicações para dormir uma ou duas vezes na semana (RP=5,21) e três vezes ou mais (RP=8,69), disfunção diurna uma ou duas vezes por semana (RP=14,40) e três vezes ou mais (RP=27,00) e má qualidade do sono no índice de Pittsburgh apresentaram associação com a depressão na análise bivariada, mas sem relação após ajustamento multivariável. **Conclusão:** A prevalência de depressão mostrou-se elevada na população estudada, sendo claramente mais frequente nas idosas. Por outro lado, não foi possível detectar associação da depressão com os hábitos de vida e a qualidade do sono.

Palavras-chave: Idoso; Depressão; Sexo; Sono; Índice de Massa Corporal; Atividade Motora.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia. Santa Cruz, RN, Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Campina Grande, PB, Brasil.

⁴ Universidade Estadual da Paraíba, Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Campina Grande, PB, Brasil.

Abstract

Introduction: Depressive disorders can be defined as episodes of depressed mood or loss of interest and pleasure in nearly all activities. Depression is considered a major mental disorder in the elderly, and may be related to quality of sleep and living habits as well as being influenced by sociodemographic factors. **Objective:** To determine the prevalence of depression among the elderly in the north-east of Brazil, and the relationship between the condition and socio-demographic profile, quality of sleep and living habits. **Method:** An epidemiological cross-sectional study was performed of the elderly population of the urban area of Campina Grande, Paraíba. The dependent variable presence of depression and the independent variables sociodemographic aspects, sleep quality, and living habits were investigated. Estimates of the prevalence of the variables were obtained and association measured using Poisson Regression. A 5% significance level was adopted for the estimates. **Results:** The study included 168 elderly patients with a mean age of 72.3 (± 7.8) years, most of whom, 122 (72.6%), were women. Depression was identified in 72 elderly persons (42.9%). Elderly women were twice as associated with depression (PR=2.26) as men. A subjective quality of sleep of very good (PR=0.34), medium/high risk of sleep disturbance (PR = 4.08), taking sleeping medications once or twice (PR=5.21) and three times or more (PR=8.69) a week, daytime dysfunction once or twice (PR=14.40) and three times or more (PR=27) a week and poor quality of sleep on the Pittsburgh index were associated with depression in bivariate analysis, although there was no relationship following multivariable adjustment. **Conclusion:** The prevalence of depression was high in the studied population, being noticeably more frequent among elderly woman. However, it was not possible to detect an association between depression and living habits and sleep quality.

Key words: Elderly; Depression; Sex; Sleep; Body Mass Index; Motor Activity.

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos podem ser definidos, segundo a *American Psychiatric Association*, em seu manual diagnóstico, como episódios de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades, incluindo também alterações no apetite ou peso, sono e atividades psicomotoras, diminuição de energia, sentimento de desvalia ou culpa, entre outros.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 151 milhões de pessoas tenham comprometimento em suas atividades diárias e na saúde geral em consequência da depressão.² Em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, a depressão é um dos transtornos mentais que mais afetam a saúde do indivíduo,³ é considerada a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos.⁴ Segundo Kaplan et al.,⁵ a prevalência de idosos com depressão é de 15%, sendo que nos

que vivem em comunidades esse número gira em torno de 2 a 14% e nos institucionalizados chega a dobrar, atingindo 30%.

Zimmerman⁶ afirma que a depressão traz efeitos que prejudicam a vida do idoso. Na área intelectual podem ocorrer redução da capacidade e perturbação na memória, que dificultam o processo de aprendizagem; na área social, o afastamento dos grupos, abandono e isolamento; e do ponto de vista somático, problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais.⁶

Diversos estudos conduzidos mundialmente observam que o gênero, a idade e o estado civil estão associados com a depressão.⁷ Estima-se que a depressão é mais frequente no sexo feminino, como relatado por Minicuci et al.⁸ em estudo em que 58% das idosos com depressão eram do sexo feminino. No Brasil, Nogueira et al.⁹ identificaram também maior ocorrência de depressão em idosas, em torno de 35,9%, em Porto Alegre-RS.

Evidencia-se também que baixo nível de atividade física, capacidade funcional, obesidade e disfunção cardiovascular geram uma maior frequência de idosos depressivos.^{9,10} Quesitos como a escolaridade e a situação conjugal ainda causam discordância na literatura sobre a influência no surgimento da depressão senil,¹¹ porém, outros estudos mostram o contrário, afirmando que pessoas sem companheiro fixo apresentam maior risco de depressão, comparadas com aquelas que vivem com o companheiro.¹²

Além desses fatores, os distúrbios do sono como a Síndrome da Apneia do Sono (SAOS), a Sonolência Excessiva Diurna (SED) e a insônia parecem relacionar-se com os sintomas depressivos em idosos.¹³ Contudo, não existem evidências de quão profunda são as relações e em que sentido de dependência elas acontecem.

Nos últimos anos, entre todos os transtornos mentais, a depressão é considerada a principal responsável por incapacidades funcionais e conduz a piores condições de saúde geral entre populações de diferentes países.¹⁴ Informações sobre as características do sono e mentais da população idosa de regiões com aspectos peculiares, do ponto de vista cultural e socioeconômico como o Nordeste brasileiro, que ainda possui diversidades internas, são incipientes. Logo, o objetivo do estudo foi verificar a prevalência de depressão em idosos no interior do Nordeste brasileiro e qual a sua relação com o perfil sociodemográfico, a qualidade do sono e seus hábitos de vida.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Delineou-se um estudo seccional de base populacional realizado na cidade de Campina Grande-PB, no ano de 2010, entre os meses de junho e setembro, com idosos residentes na zona urbana. Essa cidade é uma das maiores do interior do Nordeste brasileiro e é considerada um dos polos industriais e tecnológicos do país. Foram considerados idosos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

População e amostra

A população-alvo do estudo constou de aproximadamente 40 mil idosos, no ano de 2010, residente na zona urbana da cidade. Para representá-la, estimou-se uma amostra ideal, em que se considerou a seguinte equação: $\{[z^2 \times p(1-p)] \times k\} / \epsilon^2$, na qual z é o limite de confiança para um erro probabilístico de 5% ($z=1,96$), p é a prevalência estimada de desfecho ($p=20\%$), k é o coeficiente de correção amostral ($k=1,2$), tendo em vista que a amostragem é por conglomerado, ϵ é a margem de erro da estimação para a prevalência estimada ($\epsilon=6\%$). Com isso, a amostra estimada foi de 205 participantes. Além disso, considerou-se a população idosa da cidade de Campina Grande-PB como infinita.

Uma amostragem complexa foi desenvolvida, na qual o primeiro estágio constitui-se na seleção aleatória de conglomerados de unidades básicas de saúde (UBS) em quatro distritos sanitários urbanos representando-os. A amostra foi proporcional à população de idosos de cada distrito sanitário. Em cada UBS foram percorridas as ruas de uma extremidade a outra, nas duas laterais, saltando-se nove casas a partir da esquina escolhida como início. Essa amostragem sistemática dos domicílios foi determinada pela proporção de idosos e casas da cidade a serem visitadas, estratégia semelhante à Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Caso não houvesse idoso no domicílio selecionado devia-se procurar na residência posterior e, se necessário, na anterior. Tendo mais de um idoso no local, realizava-se a coleta de dados com todos.

Variáveis do estudo e instrumentos de coleta

A variável de desfecho do estudo foi a presença de quadro sintomatológico depressivo, o qual foi diagnosticado pela Escala de Depressão Geriátrica, versão brasileira longa. Essa consiste em instrumento psicométrico de rastreamento de idosos com quadro depressivo. O instrumento contém 30 itens, pontuando aqueles idosos que fornecerem uma resposta negativa. Idosos

com escores de até 10 pontos são considerados normais e acima desse valor, depressivos, tendo depressão média aqueles idosos com escores entre 11 e 20, e moderada/severa, entre 21 e 30.¹⁵

Como fatores independentes foram admitidos os dados sociodemográficos como sexo (homem e mulher), idade, situação conjugal (com/sem companheiro) e escolaridade, a qual foi classificada como iletrado ou analfabeto, baixa escolaridade (ensino fundamental ou equivalente) e alta escolaridade (ensino médio/ensino superior).

Ainda avaliaram-se os hábitos de vida por meio da prática de atividade física planejada, estado nutricional e um indicador de risco cardiovascular também como preditores. A atividade física planejada foi classificada pelo questionamento da dedicação de no mínimo 30 minutos diários à realização de exercícios, tendo como resposta positiva ou negativa. O índice de massa corpórea (IMC) serviu como indicador do estado nutricional, sendo classificado como baixo peso/eutrófico aqueles com $IMC \leq 24,9 \text{ Kg/m}^2$ e como sobrepeso/obeso aqueles com $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$.¹⁶ A estatura foi estimada por meio de estadiômetro portátil da marca Wiso® e a massa, determinada por meio de balança digital com precisão de 100 g. Já o risco de disfunção cardiovascular foi estabelecido pela circunferência abdominal, sendo 94 cm ou mais fator de risco para homens e 80 cm ou mais, para mulheres. Para essa medida, utilizou-se uma fita métrica inelástica.¹⁷

A qualidade do sono foi avaliada pela presença de insônia e aplicação da Escala de Qualidade do Sono de Pittsburgh, a qual mensura várias características do sono. A insônia foi identificada como “presente” ou “ausente” com base nos achados de dificuldade para iniciar e permanecer no sono ou acordar cedo sem motivo aparente.¹⁸ A resposta positiva em algumas delas configurava-se positivo para insônia.

A Escala de Qualidade do Sono de Pittsburgh obtém informações sobre a qualidade subjetiva do sono (muito ruim, ruim, bom e muito bom), latência do sono (mais de 60 minutos, entre 31 e 60 minutos, entre 16 e 30 minutos, menos de

15 minutos), duração do sono (menos de cinco horas, entre cinco e seis horas, entre seis e sete horas e mais de sete horas), eficiência habitual do sono (menos de 85%, entre 75% e 85%, entre 65% e 74%, menos de 65%), distúrbio do sono (sem risco, baixo risco e alto risco), uso de medicações para dormir e disfunção diurna (nenhuma vez no mês, menos de uma na semana, uma ou duas vezes por semana, três vezes ou mais por semana). Por fim, é estimado o índice de Pittsburgh que mensura objetivamente a qualidade do sono.¹⁹

Método estatístico

Todas as variáveis foram classificadas como categóricas, inclusive a idade, que foi transformada em faixa etária, variável ordinal. Para estimação da prevalência de depressão, dividiu-se o número de casos de depressão pelo total da amostra e determinou-se seu intervalo de confiança de 95%. A análise da relação do estado depressivo com as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e qualidade do sono realizou-se por meio de Modelo Linear Generalizado (MLG), sendo a regressão de *Poisson* a função de distribuição dos dados. Adotou-se um nível de significância de 5%, a fim de minimizar erro tipo I. Foi utilizado o SPSS, versão 20.0 para análise.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, CAAE 0299.0.133.000-09, com base na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 168 idosos, equivalendo a mais de 80% do total amostral estimado. Os idosos tinham idade média de 72,3 ($\pm 7,8$) anos, sendo em sua maioria mulheres, 122 (72,6%). O quadro depressivo foi identificado em 72 idosos [42,9% (IC95%:39,1-46,7%)].

Na tabela 1, observa-se que as mulheres estão duas vezes mais associadas à sintomatologia depressiva (RP=2,26) que os homens, fato esclarecido após o ajustamento das demais variáveis sociodemográficas. Constata-se também

que a faixa etária, situação conjugal e escolaridade não se relacionaram com o desfecho de depressão. Também não se encontrou associação entre atividade física planejada, IMC e risco cardiovascular com a depressão (tabela 2).

Tabela 1. Relação entre características sociodemográficas e depressão em idosos comunitários. Campina Grande, PB, 2010.

Características sociodemográficas	Risco de depressão em idosos		
	n (%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
Sexo			
Homem	15 (20,8)	1	1
Mulher	57 (79,2)	1,81 (0,89-3,69)	2,26 (1,04-4,90)*
Faixa etária			
60-69 anos	72 (42,9)	1	1
70-79 anos	59 (35,1)	0,92 (0,59-1,43)	0,97 (0,63-1,51)
80 anos ou mais	36 (21,4)	1,44 (0,97-2,15)	1,41 (0,94-2,13)
Situação conjugal			
Sem companheiro	19 (26,4)	1	1
Com companheiro	53 (73,6)	0,68 (0,33-1,42)	0,56 (0,26-1,22)
Escolaridade			
Iletrado	23 (31,9)	1	1
Baixa escolaridade	38 (52,8)	0,54 (0,26-1,11)	0,57 (0,26-1,26)
Alta escolaridade	11 (15,3)	0,63 (0,23-1,70)	0,61 (0,21-1,77)

* $p < 0,05$.

Tabela 2. Relação entre hábitos de vida e depressão em idosos comunitários. Campina Grande, PB, 2010.

Hábitos de vida	Risco de depressão em idosos		
	n (%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
Atividade física planejada			
Não	35 (71,4)	1	1
Sim	14 (28,6)	0,52 (0,24-1,16)	0,62 (0,26-1,45)
IMC			
Baixo peso/eutrófico	20 (30,3)	1	1
Sobrepeso/obeso	46 (69,7)	1,28 (0,64-2,56)	1,28 (0,48-3,35)
Circunferência abdominal			
Sem risco	10 (14,3)	1	1
Risco aumentado/ substancialmente aumentado	60 (85,7)	2,00 (0,88-4,53)	1,73 (0,51-5,89)

Em relação às características do sono, nota-se que a qualidade subjetiva do sono “muito boa” associa-se negativamente à depressão em idosos (RP=0,34), esses estando 66% menos associados à depressão quando comparados aos que relataram qualidade muito ruim, embora essa relação se confirme no modelo ajustado. A depressão ocorreu quatro vezes mais (RP=4,08) naqueles idosos com médio/alto risco de distúrbio do sono em oposição aos sem/baixo risco de distúrbio. No entanto, a associação também não se confirmou após ajustamento.

Evidenciou-se que os idosos que tomam uma ou duas vezes medicações para dormir por semana (RP=5,21), assim como aqueles que tomam três vezes ou mais por semana (RP=8,69), estão mais relacionados com sintomatologia depressiva. Da mesma forma, aqueles idosos com mais de uma disfunção diurna também apresentaram maior ocorrência de depressão, juntamente com aqueles classificados com má qualidade do sono pelo índice de Pittsburgh (RP=3,03). Todavia, essas associações não são confirmadas no modelo ajustado (tabela 3).

Tabela 3. Relação entre características do sono e depressão em idosos comunitários. Campina Grande, PB, 2010.

Característica do sono	Risco de depressão em idosos		
	n (%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
Insônia			
Não	12 (16,7)	1	1
Sim	60 (83,3)	0,85 (0,36-1,97)	1,71 (0,46-6,23)
Qualidade subjetiva do sono			
Muito ruim	14 (23,7)	1	1
Ruim	1 (1,7)	0,57 (0,03-10,43)	1,53 (0,36-6,36)
Bom	2 (3,4)	0,57 (0,06-4,87)	0,35 (0,01-13,54)
Muito bom	42 (71,2)	0,34 (0,13-0,89)*	0,59 (0,12-2,93)
Latência do sono			
>60 min	12 (20,3)	1	1
Entre 31-60 min	9 (15,3)	0,75 (0,22-2,49)	1,13 (0,22-5,79)
Entre 16-30 min	12 (20,3)	0,57 (0,19-1,72)	1,41 (0,30-6,55)
<15 min	26 (44,1)	0,61 (0,23-1,59)	2,51 (0,58-10,81)
Duração do sono			
<5h	12 (20,7)	1	1
Entre 5-6h	8 (13,8)	0,83 (0,29-3,02)	1,13 (0,22-5,79)
Entre 6-7h	14 (24,1)	0,35 (0,12-1,00)	0,51 (0,12-2,13)
>7h	24 (41,4)	0,83 (0,30-2,29)	0,99 (0,22-4,46)
Eficiência habitual do sono			
>85%	34 (59,6)	1	1
Entre 75-85%	3 (5,3)	0,55 (0,13-2,22)	0,61 (0,09-4,14)
Entre 65-74%	3 (5,3)	2,20 (0,35-13,91)	2,31 (0,15-35,23)
<65%	17 (29,8)	1,78 (0,77-4,09)	1,21 (0,28-5,07)

Característica do sono	Risco de depressão em idosos		
	n (%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
Distúrbio do sono			
Sem/baixo risco	25 (42,4)	1	1
Médio/alto risco	34 (57,6)	4,08 (1,98-8,40)*	1,84 (0,07-4,88)
Medicações para dormir			
Nenhuma no mês	42 (71,2)	1	1
Menos de uma na semana	1 (1,7)	1,73 (0,10-28,51)	2,39 (0,06-87,38)
1 ou 2 vezes por semana	6 (10,2)	5,21 (1,01-27,01)*	2,12 (0,28-16,05)
3 vezes ou mais por semana	10 (16,9)	8,69 (1,81-41,56)*	3,44 (0,50-23,57)
Disfunção diurna			
Nenhuma	2 (3,4)	1	1
Menos de uma vez por semana	35 (59,3)	2,42 (0,49-11,83)	1,82 (0,30-10,96)
1 ou 2 vezes por semana	16 (27,1)	14,40 (2,30-89,94)*	6,73 (0,81-55,88)
3 vezes ou mais por semana	6 (10,2)	27,00 (1,97-368,38)*	6,05 (0,32-114,50)
Índice de Pittsburgh			
Boa qualidade do sono	22 (37,9)	1	1
Má qualidade do sono	36 (62,1)	3,03 (1,50-6,13)*	1,53 (0,36-6,36)

* $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

No presente estudo identificou-se uma alta prevalência de idosos com depressão, bem acima das estimativas da literatura e mais associada às mulheres idosas. As demais variáveis sociodemográficas e as de hábito de vida não demonstraram qualquer associação. A qualidade do sono representada pela qualidade subjetiva do sono muito boa, o risco médio/alto de distúrbio do sono, tomar medicação para dormir uma vez ou mais por semana, disfunção diurna uma vez ou mais por semana e má qualidade objetiva do sono também não confirmaram associação após ajustamento de confundidores.

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes em idosos, trata-se de uma doença que apresenta multicausalidade.²⁰ Embora comum em todas as etapas da vida, a depressão encontra-se mais presente em idosos que em jovens e,

aproximadamente, 40% dos casos de depressão na terceira idade não são diagnosticados.²¹ Segundo Batistoni et al.,²² estudos buscam identificar quais fatores relacionam-se com a incidência da sintomatologia depressiva.

Barcelos-Ferreira et al.²³ revisaram a literatura científica sobre depressão em idosos comunitários no Brasil e identificaram uma prevalência de depressão de 7% e de sintomas depressivos, de 26%. Estudo feito com idosos comunitários no Canadá encontrou prevalência de depressão entre 1,3% e 18,8% nas mulheres e entre 0,9 e 7,9% em homens.²⁴ Ainda não se sabe, com exata precisão, por que as mulheres apresentam mais depressão que os homens, porém, algumas hipóteses psicossociais são levantadas.²⁴ Os achados do presente estudo mostram-se bem superiores àqueles nacionais e internacionais, o que sugere uma peculiaridade da população estudada.

Para Baptista et al.,²⁵ o fato de a mulher apresentar maior tendência a internalizar eventos estressantes; ter seus direitos e *status* diferentes dos indivíduos do sexo masculino; ser vitimizada em diversas sociedades, sofrendo variados tipos de violência, levam as mulheres a um maior risco para a depressão. Estudos apontam justificativas para a maior prevalência de depressão no sexo feminino, entre elas estão: a) presença frequente de fatores como baixa renda e escolaridade; b) são mais atingidas emocionalmente por eventos como viuvez, abandono e solidão e c) ligação ao funcionamento hormonal da flutuação dos níveis de estrógeno durante a vida fértil da mulher.²⁵⁻²⁷ Para Angold & Worthman,²⁸ algumas variáveis biológicas são consideradas importantes na questão de gênero na depressão. As tentativas de suicídio são mais comuns em períodos pré-menstruais que em outros períodos, provavelmente em função dessa flutuação hormonal e alterações do humor que ocorrem durante a vida da mulher.

Estudo feito por Oliveira et al.²⁹ apresentou predomínio do quadro depressivo no sexo feminino, com 29,9% das 167 mulheres entrevistadas sendo classificadas com depressão moderada ou severa. Observa-se que o maior trauma relatado por pessoas idosas é a perda do companheiro. Pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão que as casadas. É na viuvez que os sintomas da depressão também aparecem, não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social sofrido pelo indivíduo,²⁹ o que vai de encontro aos achados do presente estudo, no qual a situação conjugal não se relacionou com o estado depressivo, abrindo espaço para conjecturas a respeito de aspectos culturais para o enfrentamento da perda.

Minicuci et al.³⁰ estudaram idosos com cinco anos ou mais de escolaridade e observaram uma prevalência de sintomas depressivos cerca de 30% menor que aqueles com escolaridade inferior a cinco anos. Segundo Maciel & Guerra,³¹ a exposição a condições desfavoráveis vai refletir em baixa educação e renda, predispondo a desvantagens e mais susceptibilidade para problemas de saúde mental como a depressão.

Esses autores ainda refletem sobre o grande número de indivíduos analfabetos no Brasil e ratificam a ideia de uma rede social ineficiente durante a vida, que pode ser observada em aspectos como habitação, cultura, renda e saúde. Segundo Oliveira et al.,²⁹ a íntima relação entre a escolaridade e a saúde é um fator preocupante, pois se nota que pessoas menos favorecidas educacionalmente não têm maiores preocupações com hábitos saudáveis de vida. Diferentemente, o presente estudo não evidenciou associação entre a escolaridade e a depressão geriátrica.

Uma característica dos quadros depressivos é a perda de interesse e/ou motivação para aderir a atividades culturais, de lazer e físicas. O número de indivíduos entrevistados neste estudo que não praticavam atividade física planejada representou 71,4%. Mesmo assim, não se identificou qualquer associação entre sedentarismo e depressão. Há evidências de que a prática de atividade física planejada entre idosos favorece a interação social e proporciona uma maior sensação de controle sobre os eventos e demandas do meio.²⁹ A redução dos sintomas de ansiedade e depressão por meio da prática de exercícios físicos pode ser explicada pelo aumento da liberação de hormônios como a catecolaminas ACTH, vassopressina, β -endorfina, dopamina, serotonina e pela ativação dos receptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico, obtendo um resultado relaxante pós-esforço.³²

Apesar da ausência de relação entre obesidade/sobrepeso e depressão neste estudo, existem evidências dessa associação em um número considerável de trabalhos. Tanto a depressão quanto a obesidade podem aumentar os riscos de incapacidade, reduzir a qualidade de vida, aumentar a mortalidade e as condições mórbidas.³³ Além disso, outra característica relatada na literatura como relacionada à depressão é maior risco de eventos cardiovasculares.^{34,35}

As consequências da insônia na saúde mental ainda não foram bem investigadas, mas sabe-se que ela pode aumentar os riscos de desenvolvimento de depressão.¹⁸ Estudos feitos por Yokoyama et

al.¹⁸ com 196 indivíduos com idades entre 62 e 65 anos indicaram que a depressão e a perturbação do sono estão associadas, encontrando-se em uma relação bidirecional. Os distúrbios do sono são uma característica marcante do transtorno depressivo e, aproximadamente, 80% dos pacientes com depressão apresentam queixas pertinentes à deterioração tanto da quantidade como da qualidade do sono.¹⁸ Lopes et al.³⁶ também constataram associação entre depressão e sonolência excessiva diurna, uma disfunção do sono de manifestação no período de vigília, de modo que os homens com depressão estavam mais associados a essa disfunção.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* menciona o sono perturbado como um importante aspecto a ser investigado para chegar ao diagnóstico de depressão,¹ assim como a administração de medicamentos para dormir, como ansiolíticos, de uso indiscriminado pela população brasileira.³⁷ O presente estudo identificou associação entre algumas características da qualidade do sono, como sua qualidade objetiva e subjetiva, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna. Todavia, essa relação não se manteve após ajuste do modelo preditivo, talvez explicado pelas limitações levantadas a seguir.

Foram encontradas algumas limitações no presente estudo. A primeira delas está na impossibilidade de elaborar um modelo geral de predição com a inclusão conjuntamente dos grupos de variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e características do sono, pois a grande quantidade de variáveis inviabiliza a construção de um modelo explicativo em vista do tamanho amostral. Isso pode explicar a ausência de associação no modelo final para algumas associações bivariadas. Observou-se também, durante a coleta dos dados, a dificuldade que os idosos tinham em responder questionamentos simples. Por exemplo, apresentar baixa acurácia de compreensão à pergunta referente à insônia, se havia dificuldade para iniciar, manter ou acordar cedo sem motivo aparente. Tal situação pode ser reflexo do baixo nível educacional da população estudada. Outra limitação identificada seriam as

contraposições evidenciadas em relação a dados da literatura que podem estar relacionadas às características culturais dos nordestinos, que estão inseridos em um contexto diversificado no país e apresentam enfrentamento distinto do mesmo em comparação a outras regiões brasileiras.

Foram levantadas hipóteses pelos autores do presente estudo de possíveis estratégias que poderiam ser utilizadas para melhorar as evidências sobre a população idosa no contexto do Nordeste, são elas: estratificar a amostra por nível socioeconômico ou educacional, que está intimamente atrelada ao acesso à saúde e suporte social; averiguar algumas morbidades crônicas que acometem a população idosa, como hipertensão arterial, diabetes, tipos de medicamentos, assim como condições crônicas neurológicas e musculoesqueléticas que levam à incapacidade funcional; e medir objetivamente o sono por meio de actímetro, que é um instrumento de fácil manuseio e baixo custo, ou mesmo amostras de polissonografia.

CONCLUSÃO

Constatou-se que as mulheres estão mais associadas à depressão e que esta apresenta elevada prevalência na população idosa no Nordeste do Brasil. Todavia, os hábitos de vida e as características da qualidade do sono não se mostraram relacionados com a presença da sintomatologia depressiva.

As investigações relacionadas aos hábitos de vida, assim como a qualidade do sono em idosos em populações específicas, devem ser estimuladas, pois ações conjuntas para fatores de risco modificáveis e minimização dos não modificáveis poderiam mitigar os indicadores de depressão em idosos, cujo impacto na saúde pública é de grande magnitude. Além disso, há o crescimento da prevalência dos distúrbios cardio e cerebrovasculares, do sono e o uso indiscriminado de medicamentos na população idosa que podem contribuir para o aumento de sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC : American Psychiatric Association; 1987.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Philips MT, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370(9590):859-77.
3. World Health organization [Internet]. Geneva: WHO. 2007- . Mental Health, Suicide Prevention (SUPRE);[acesso em 12 jul 2010]; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
4. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):734-6.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. Schulze B. Mental-health stigma: expanding the focus, joining forces. *Lancet* 2009;373(9661):362-3.
8. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2002;57(3):155-61.
9. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):368-77.
10. Florindo S, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz* 2002;8(3):91-8.
11. Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
12. Alonso J, Burob A, Bruffaerts R, He Y, Posadana-Villa J, Lepine JP, et al. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the world mental health surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(4):305-14.
13. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WAS. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(Suppl 1):27-32.
14. Singer AE, Meeker D, Teno JM, Lynn J, Lunney JR, Lorenz KA. Symptom trends in the last year of life from 1998 to 2010: a Cohort Study. *Ann Intern Med* 2015;162(3):175-83.
15. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23.
16. Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2),163-8.
17. Haun DR, Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura/estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(6):705-11.
18. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T, et al. Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep* 2010;33(12):1693-702.
19. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, De Barba ME, et al. Validation of the Brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine* 2011;12(1):70-5.
20. Ferreira PCS, Tavares DMS, Martins NPF, Rodrigues LR, Ferreira LA. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev Eletrônica Enferm* 2013;15(1):197-204.
21. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idoso. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):302-7.
22. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1137-43.
23. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr* 2010;22(5):712-26.
24. Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell L. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: the canadian study of health and aging. *Chronic Dis Can* 2005;26(4):93-9.
25. Baptista NN, Baptista ASD, Oliveira MG. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas Psicol* 1999;7(2):143-56.
26. Pickett Y, Greenberg RL, Bazalais KN, Bruce ML. Depression treatment disparities among older minority home healthcare patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(5):519-22.
27. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin American and the Caribbean. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62(4):226-36.

28. Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J Affect Disord* 1993;29(2-3):145-58.
29. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2191-98.
30. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2002;57(3):155-61.
31. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010;55(1):26-33.
32. Ruukanen JM, Ruoppila I. Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age Ageing* 1995;24(4):292-6.
33. Frazer C, Christensen H, Griffiths K. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust* 2005;182(12):627-32.
34. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes* 2008;32(6):881-91.
35. Wit LM, Straten AV, Van Herten M, Penninx BWJH, Cuijpers P. Depression and body mass index, a u-shaped association. *BCM Public Health* 2009;9:14.
36. Lopes JM, Dantas FG, Medeiros JLA. Excessive daytime sleepiness in elderly: association with cardiovascular risk, obesity and depression. *Rev Bras Epidemiol* 2013;16(4):872-9.
37. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte de urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr* 2008;58(1):1-7.

Recebido: 25/4/2014

Revisado: 07/1/2015

Aprovado: 26/5/2015