



Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência

Prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center

Patrícia Oliveira Silva¹ 
Bruna Menezes Aguiar¹ 
Maria Aparecida Vieira² 
Fernanda Marques da Costa^{2,3,4} 
Jair Almeida Carneiro^{3,4} 

Resumo

Este estudo objetivou estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos em um centro de referência. Trata-se de um estudo transversal, com amostra de 360 idosos atendidos em um Centro de Referência a Saúde do Idoso no norte de Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados ocorreu em 2017. Foram coletadas variáveis demográficas, socioeconômicas, morbidades, internação hospitalar no último ano, fragilidade (Edmonton Frail Scale), capacidade funcional (Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody) e a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS-15). Foi realizada análise múltipla por meio da regressão logística. Observou-se prevalência de sintomas depressivos em 37,2% da amostra. As variáveis associadas aos sintomas depressivos foram: percepção negativa sobre a própria saúde (OR=1,9; IC 95% 1,34-2,70); fragilidade (OR=1,94; IC 95% 1,41-2,66); ter sofrido quedas (OR=1,24; IC 95% 1,01-1,61); ter sido internado no último ano (OR=1,56; IC 95% 1,11-2,27); apresentar incapacidade funcional para realizar AIVD (OR=2,56; IC 95% 1,38-4,77) e residir sozinho (OR=1,66; IC 95% 1,09-2,53). Assim, identificou-se alta prevalência de sintomas depressivos nos idosos, o que evidência a necessidade de uma abordagem efetiva e imediata pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Depressão. Envelhecimento.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Centro Universitário FIPMoc de Montes Claros, Departamento de Medicina. Montes Claros, MG, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Patrícia Oliveira Silva
patymoc2010@gmail.com

Recebido: 02/05/2019
Aprovado: 22/10/2019

Abstract

The present study aimed to estimate the prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center. A cross-sectional study was carried out with a sample of 360 older adults treated at a Referral Center for the Health of Older Adults in the north of Minas Gerais, Brazil. The following data were collected in 2017: demographic, socioeconomic, morbidity, hospital admission in the last year, frailty (Edmonton Frail Scale), functional capacity (Katz Index, Lawton and Brody Scale) and presence of depressive symptoms (Geriatric Depression Scale - GDS-15). Multiple analysis was performed through logistic regression. A prevalence of depressive symptoms was observed in 37.2% of the sample. The variables associated with depressive symptoms were: negative perception about one's own health (OR=1.9, 95% CI 1.34-2.70); frailty (OR=1.94, 95% CI 1.41-2.66); having suffered falls (OR=1.24, 95% CI 1.01-1.61); having been hospitalized in the last year (OR=1.56, 95% CI, 1.11-2.27); (OR=2.56, 95% CI 1.38-4.77) and residing alone (OR=1.66, 95% CI 1.09-2.53). Thus, a high prevalence of depressive symptoms was identified among the older adults, evidencing the need for an effective and immediate approach by health professionals.

Keywords: Health of the Elderly. Depression. Aging.

INTRODUÇÃO

No que se refere à saúde mental, a depressão é o transtorno de humor mais frequente entre os idosos. Quando é subdiagnosticado tende à cronicidade. Pode causar grande sofrimento psíquico, dependência funcional, isolamento, piora da qualidade de vida, maior utilização de serviços de saúde, além do aumento do risco de morte¹.

Em idosos o transtorno depressivo maior é caracterizado pela presença de humor predominantemente deprimido ou irritável e anedonia. Existe uma sensação subjetiva de diminuição de energia, desinteresse, lentificação e pensamentos pessimistas. Em geral, esses sintomas são acompanhados de modificações na qualidade do sono, alterações no apetite, prejuízo cognitivo, alterações comportamentais e psicossomáticas, e enfatiza-se que sem tratamento pode durar meses ou anos. Torna-se, portanto, imprescindível sua investigação, uma vez que esse transtorno pode levar a redução da expectativa de vida, prejuízo na autonomia e independência funcional do idoso e deterioração da qualidade de vida^{2,3}.

Destaca-se que é comum o fato de que idosos apresentem uma quantidade de sintomas depressivos insuficientes para o diagnóstico de transtorno depressivo maior. Neste caso, se aplica o termo “transtorno depressivo menor”, em que, o indivíduo

sofre com a presença desses sintomas, mas é capaz de desempenhar a maior parte das suas atividades^{4,5}. A expressão “sintomas depressivos clinicamente significativos” (SDCS) refere-se a uma ampla categoria de sintomas depressivos detectados por meio de escalas de triagem. A maioria dos idosos que apresentam SDCS não preenche os critérios para o diagnóstico de “depressão maior”⁵.

No Brasil, a prevalência de transtorno depressivo maior, entre idosos não institucionalizados, varia de 3% a 15%, enquanto a prevalência de SDCS varia de 13% a 39%, o que indica maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com taxas relatadas na literatura internacional, cuja média situa-se em torno de 13,5%⁶⁻⁸. A discordância entre os dados observados destaca a necessidade de novos estudos, uma vez que as variáveis encontradas podem ser abordadas e tratadas de maneira mais efetiva e imediata pelos profissionais e gestores de saúde⁸.

Estudos^{5,9-11} apontam a relação entre sintomas depressivos em idosos e fatores sociodemográficos como sexo feminino; idade avançada; baixa escolaridade, e não ter companheiro conjugal. No que se refere às condições de saúde, são fatores descritos como associados aos sinais depressivos a incapacidade funcional; percepção negativa da saúde, tabagismo; maior utilização de medicamentos; insônia e comorbidades somáticas crônicas. Apesar desses aspectos apresentados pela literatura, ainda

existem lacunas, pois há carência de estudos^{1,11-13} relacionados a idosos atendidos em serviços de referência a saúde do idoso.

Pesquisas^{5,11-13} mostram que a fragilidade associada ao envelhecimento, aumenta a susceptibilidade para doenças e influencia na capacidade funcional do idoso, além de gerar uma percepção negativa da própria saúde, comprometendo diretamente na capacidade do indivíduo de lidar com condições estressoras. Destaca-se a importância de conhecer a autoavaliação de saúde na população, pois a percepção de saúde negativa é apresentada na literatura como preditor de mortalidade, incapacidade funcional e saúde mental dos idosos^{1,5,11}.

Na região do norte do Estado de Minas Gerais, são poucos os registros de avaliações, que abordam os sintomas depressivos e fatores associados em idosos^{5,11}. A avaliação das condições de vida e saúde da população idosa tem o potencial de gerar novos conhecimentos e subsidiar a tomada de decisão para os gestores de saúde. Desta forma, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos em um Centro de Referência.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e analítico com abordagem quantitativa cujos dados foram coletados por meio de questionário estruturado. O cenário deste estudo foi em um dos centros do Programa Mais Vida localizado no Norte de Minas Gerais. O Programa fundamenta-se na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde da população idosa, com ênfase em Centros de Referência para Assistência à Saúde do Idoso (CRASI), com atendimento por equipe multiprofissional. Ofertar atenção especializada à saúde da população idosa considerada frágil ou de risco, referenciada pela unidade de Atenção Primária a Saúde¹¹.

O grupo avaliado foi selecionado a partir de amostragem de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida, entre maio e julho de 2017, considerando a dificuldade de seleção aleatória. Os dados foram coletados, de forma primária, por meio de contato direto e entrevistas

com a população-alvo, que ocorreram nos turnos matutino e vespertino, no CRASI no norte de Minas Gerais. Os entrevistadores foram previamente treinados e calibrados (kappa 0,8).

Para definição do tamanho da amostra foi aplicado o cálculo amostral considerando uma prevalência conservadora de 50% (para ocorrência do evento sintomas de transtornos depressivos) um nível de significância de 5%, com um intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de amostragem de 3%. Essa primeira estimativa de tamanho amostral foi aumentada em 20%, a fim de explorar associações ajustadas entre as variáveis independentes e sintomas depressivos.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos e estar em atendimento no CRASI. Teve como critérios de exclusão: estar em uso de antidepressivos; apresentar incapacidade cognitiva, segundo a avaliação da família; déficit auditivo não corrigido que impedisse o entendimento das perguntas e recusa a participação na pesquisa por parte do idoso ou de seus familiares. Também foram excluídos idosos com idade de 60 a 64 anos, pois o instrumento utilizado para avaliar a fragilidade foi validado apenas para pessoas com idade de 65 anos ou mais⁵.

A incapacidade cognitiva segundo a avaliação da família foi tomada como medida plausível diante da complexidade da aplicação do instrumento. Neste caso, antes do início da entrevista, o instrumento de coleta de dados foi apresentado aos familiares, que julgaram se o idoso tinha condição de respondê-lo. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram baseados em estudos similares^{5,11} e foram previamente testados em estudo-piloto cujos dados não foram incluídos no trabalho final, participaram do estudo 360 idosos.

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*). Trata-se de instrumento validado nacionalmente, composto por perguntas negativas e afirmativas, em que o resultado de 6 ou mais pontos identifica sintomatologia depressiva, dessa forma, o ponto de corte adotado foi 5 não caso e 6 caso¹⁴.

As variáveis independentes estudadas foram: sexo; idade; cor; estado conjugal; arranjo familiar; possui renda própria; renda familiar categorizada; escolaridade; capacidade para leitura; queda nos últimos 12 meses - número de quedas e quais as causas das quedas; possui cuidador; fragilidade e autopercepção da saúde. Variáveis relativas às morbidades crônicas autorreferidas foram (hipertensão, diabetes *mellitus*, cardiopatia, artrites, osteoporose, acidente vascular encefálico e câncer); polifarmácia¹⁵ - considerada como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos; internação no último ano; atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (ABVD).

A fragilidade foi avaliada pela escala Edmonton Frail Scale (EFS), instrumento que avalia 9 domínios: cognição; estado de saúde; independência funcional; suporte social; uso de medicação; nutrição; humor; continência urinária e desempenho funcional. Esses domínios estão distribuídos em 11 itens, com pontuação de 0 a 17. Para a análise estatística, os resultados da escala foram divididos em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore > 6)¹⁶.

As ABVDs e as AIVDs foram mensuradas pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton e Brody, respectivamente. A primeira escala foi utilizada para avaliar as ABVDs, instrumento constituído por seis itens: banhar-se; vestir-se; utilizar o banheiro; transferir-se; controlar sua continência e alimentar-se. O índice de *Katz* estabelece uma pontuação entre 0 a 3 pontos, sendo o idoso completamente independente para as ABVDs quando possui um escore 0, com pontuação 1 o indivíduo necessita de auxílio de algum acessório (bengalas, barras, apoio em móveis) para a realização das atividades, quando o idoso atinge 2 pontos é essencial a ajuda humana para executar as tarefas e idosos com 3 pontos nas ABVDs são classificados como completamente dependentes¹⁷.

A Escala de *Lawton e Brody* é composta por nove itens mais complexos no dia-a-dia como cozinhar; realizar atividades domésticas; lavar roupas; manusear dinheiro; ir a lugares distantes; usar o telefone; tomar medicações; fazer compras e utilizar os meios de transporte. De acordo a escala de Lawton e Brody, os idosos foram classificados como independentes

para as AIVDS quando obteve escore acima de 27 pontos, aqueles com pontuação máxima de 26 pontos foram classificados como dependentes^{17,18}.

Os dados coletados foram analisados. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente (presença de sintomas depressivos sim ou não) e as variáveis independentes. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson, ou exato de Fisher), adotando o nível de significância $\leq 0,20$ 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% ($p \leq 0,05$).

O estudo atendeu os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante o parecer nº 1.003.534. 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, registrava sua digital ou alguém da família assinava o termo, consentindo a entrevista para coleta de dados.

RESULTADOS

Dos 360 idosos, a faixa etária predominante foi entre 65 e 79 anos (75,3%), com média de idade de 75 anos ($dp \pm 7,6$). A maioria dos idosos era do sexo feminino (78,1%), referiu cor da pele não branca (69,6%), viúvos (42,8%), mora com outros familiares (63,6%), possui renda própria (97,5%), com mais de um salário mínimo (68,0%), relataram ter ensino fundamental (46,4%), e possuir capacidade para leitura (58,6%).

A maioria dos idosos avaliados (54,4%) relatou ter sofrido queda nos últimos 12 meses, 42,8% dessas quedas foram provocadas por tropeção/escorregão, (63,6%) dos idosos possuem medo de cair, (67,8%) não possuem cuidador, (47,2%) apresentaram fragilidade e (60,6%) têm a percepção negativa da saúde.

Entre os aspectos de morbidade foi destacado que a hipertensão foi a doença crônica mais presente nos idosos com 74,7%, seguido por artrites/reumatismo (43,9%), osteoporose (34,2%), cardiopatias (21,9%), diabéticos (20,3%), com histórico de acidente vascular encefálico (AVE) (10,6%) e câncer (4,4%). A polifarmácia foi identificada em 66,6% dos idosos, a internação hospitalar no último ano foi de 21,2%, apresentaram dependência para realizar AIVD (78,6%) e para ABVD (21,4%).

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos atendidos no CRASI foi de 37,2%; 39,1% no sexo feminino e 30,4% no masculino. Para idosos com 80 anos ou mais, a prevalência foi de 38,2%; enquanto para os menos idosos, entre 65 e 79 anos, foi de 36,9%. Associações entre as variáveis independentes e sintomas depressivos são apresentadas nas (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Análise bivariada dos sintomas depressivos entre idosos, segundo as variáveis sociodemográficas (N=360). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis Independentes	Depressão		Valor <i>p</i>
	Sim n (%)	Não n(%)	
Sexo			
Masculino	55(69,6%)	24(30,4%)	0,15
Feminino	171(69,9%)	110(39,1%)	
Idade (anos)			
Até 79	171(63,1%)	100(36,9%)	0,82
80 e mais	55(61,8%)	34(38,2%)	
Cor			
Branca	78(57,8%)	57(42,2%)	0,12
Outras	148(65,8%)	77(34,2%)	
Estado Conjugal			
Com companheiro	98(67,1%)	48(32,9%)	0,15
Sem companheiro	128(59,8%)	86(40,2%)	
Arranjo Familiar			
Não mora sozinho	179(59,9%)	120(40,1%)	0,01
Mora sozinho	47(77,0%)	14(23,0%)	
Possui renda própria			
Sim	221(63,0%)	130(37,0%)	0,65
Não	5(55,6%)	4(44,4%)	
Escolaridade			
5 anos ou mais	40(78,4%)	11(21,6%)	0,01
Até 4 anos	186(60,2%)	123(39,8%)	
Capacidade para leitura (sabe ler)			
Sim	134(63,5%)	77(36,5%)	0,73
Não	92(61,7%)	57(38,3%)	
Renda familiar categorizada			
Mais de 1 salário mínimo	146(59,6%)	99(40,4%)	0,68
Até 1salário mínimo	80(69,6%)	35(30,4%)	

Fonte: Pesquisa de Campo (CRASI), maio e junho de 2017.

Tabela 2. Análise bivariada dos sintomas depressivos entre idosos, segundo condições de saúde e morbidade (N=360). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis Independentes	Depressão		Valor <i>p</i>
	Sim n(%)	Não n(%)	
Hipertensão			
Sim	168(62,5%)	101(37,5%)	0,82
Não	58(63,7%)	33(36,3%)	
Diabetes			
Sim	46(63%)	27(37%)	0,96
Não	180(62,7%)	107(37,3%)	
Cardiopatias			
Sim	48(60,8%)	31(39,2%)	0,67
Não	178(63,3%)	103(36,7%)	
Câncer			
Sim	8(50,0%)	8(50%)	0,27
Não	218(63,4%)	126(36,6%)	
Artrites/reumatismo			
Sim	97(61,4%)	61(38,6%)	0,63
Não	129(63,9%)	73(36,1%)	
Osteoporose			
Sim	74(60,2%)	49(39,8%)	0,14
Não	152(64,1%)	85(35,9%)	
Acidente vascular encefálico			
Sim	22(57,9%)	16(42,1%)	0,51
Não	204(63,4%)	118(36,6%)	
Possui cuidador			
Não	166(68,0%)	78(32%)	0,00
Sim	60(51,7%)	56(48,3%)	
Queda nos últimos 12 meses			
Não	97(59,1%)	67(40,9%)	0,19
Sim	129(65,8%)	67(34,2%)	
Internação no último ano			
Nenhuma	171(60,2%)	113(39,8%)	0,05
Uma ou mais	55(72,4%)	21(27,6%)	
Autopercepção da saúde			
Negativa	112(51,4%)	106(48,6%)	0,00
Positiva	114(80,3%)	18(19,7%)	
Fragilidade			
Não frágil	150(78,9%)	40(21,1%)	0,00
Frágil	76(44,7%)	94(55,3%)	
Polifarmácia			
Não	159(62,2%)	81(33,8%)	0,05
Sim	67(55,8%)	53(44,2%)	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis Independentes	Depressão		Valor <i>p</i>
	Sim n(%)	Não n(%)	
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)			
Até 26, dependente	157(55,7%)	125(44,3%)	0,00
27 acima, independente	69(88,5%)	9(11,9%)	
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)			
Independente	187(66,1%)	96(33,9%)	0,13
Dependente	39(50,6%)	38(49,4%)	

Fonte: Pesquisa de Campo (CRASI), maio e junho de 2017.

Após análise de regressão logística múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas aos sintomas depressivos foram: percepção negativa sobre a própria saúde (OR=1,9; IC 95% 1,34-2,70); presença de fragilidade (OR=1,94; IC 95% 1,41-2,66); ter sofrido quedas (OR=1,24; IC 95% 1,01-1,61); ter sido internado no último ano (OR=1,56; IC 95% 1,11-2,27); apresentar incapacidade funcional para realizar AIVD (OR=2,56; IC 95% 1,38-4,77) e residir sozinho (OR=1,66; IC 95% 1,09-2,53).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de sintomas depressivos se mostrou alta, 37,2%, se comparada a estudos de base populacional, realizados em Florianópolis, SC¹, Pelotas, RS¹⁹, e no norte de Minas Gerais³, que apresentaram valores inferiores ao observado nesta investigação, com utilização do mesmo instrumento-GDS-15. Todavia, a prevalência de sintomas depressivos em idosos comunitários é menor que a observada entre os idosos atendidos no CRASI, possivelmente, devido ao perfil clínico de encaminhamento para o serviço, conforme os critérios da Rede de Atenção à Saúde do Idoso^{12,20}.

Pesquisas que investigaram a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em Centros de Referência no Brasil mostram que essa prevalência variou de 7,1%, com 313 idosos de acordo com o rastreamento realizado em Passo Fundo, RS¹³, a 30,9% segundo pesquisa com 317 idosos, na cidade de Uberaba, MG¹². Parte dessa disparidade entre os achados se deve à metodologia, ao instrumento utilizado na pesquisa, os critérios de

inclusão, as peculiaridades de cada região e à forma de mensuração dos dados que podem interferir nos resultados finais do estudo.

Dados internacionais também apresentam variações, em virtude dos instrumentos e da população avaliada. Pesquisa realizada em Nova Iorque²¹ com 378 idosos apresentou prevalência de 31,0% de sintomas depressivos em idosos por meio do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Com uso da GDS-15, um estudo alemão²² com cerca de 3.300 idosos, registrou prevalência de 9,7%. Outro estudo japonês²³, utilizando a mesma escala, com 5.400 idosos comunitários, registrou prevalência de 33,5%.

As prevalências encontradas pelos estudos, independente das suas variações evidenciam a relevância do tema. Sugere que os critérios de rastreamento não estão sendo seguidos ou que talvez tais critérios mereçam ser reavaliados, sobretudo considerando o ligeiro processo de envelhecimento populacional no Brasil e no mundo^{5,24}. Os fatores associados aos sintomas depressivos encontrados neste estudo determinam risco para sintomas depressivos no que se refere às condições de saúde (percepção negativa sobre a própria saúde; apresentar fragilidade; ter sofrido quedas; ter sido internado no último ano e apresenta incapacidade para realizar AIVD).

A percepção negativa sobre a própria saúde mostrou-se associada à sintomatologia depressiva assim como em outros estudos^{5,25,26}. Por se tratar de uma avaliação subjetiva, a autopercepção da saúde possui caráter multidimensional, a maneira como o indivíduo vê o seu estado de saúde determinará seu comportamento, suas escolhas e seu modo de viver²⁵.

Com a perda das funções cognitiva, sexual e laboral, a diminuição das relações sociais e o sentimento de invalidez, entre outros elementos, influenciam tanto para uma pior percepção de saúde como na ocorrência de sintomas depressivos¹⁹.

A percepção da saúde é um importante marcador das dimensões biológica, psicológica e social sendo útil para avaliar a qualidade de vida. Estudos apontam que o próprio relato ruim sobre a saúde pode ser entendido como sintoma depressivo^{1,5}.

A sintomatologia depressiva apresentou associação com a presença da fragilidade, resultado semelhante foi identificado em outros estudos que também rastrearam a fragilidade por meio da EFS²⁷⁻²⁹. Já era esperada maior fragilidade neste estudo, uma vez que o idoso frágil tem indicação absoluta para uma avaliação especializada, multidimensional e multidisciplinar, conforme os critérios da rede de atenção à saúde do idoso onde foi realizada a coleta de dados²⁰.

A fragilidade tem sido definida como uma síndrome de declínio de energia, fundamentada em alterações que ocorrem com o envelhecimento, manifestando-se por redução na velocidade de marcha; perda de peso; fadiga; diminuição da força de preensão e baixo nível de atividade física. Assim, a fragilidade tem o potencial de afetar todos os aspectos da vida do idoso deixando-o vulnerável a sintomatologia depressiva. Além disso, é um evento cujos efeitos se estendem para além do idoso, podendo ocasionar sobrecarga familiar e dos cuidadores^{5,27-28}.

A ocorrência de quedas em idosos mostrou-se como risco para os sintomas depressivos assim como em outros estudos similares^{17,27-29}. Investigações^{17,29} apontam a relação entre a presença de fragilidade o uso de fármacos e queda entre os idosos, que pode ocorrer por dosagens inapropriadas, por efeitos adversos e por interações medicamentosas.

Os custos e as implicações das quedas entre idosos são significativos, tanto para o indivíduo, em razão dos traumas físicos e psicológicos, além de provocar possíveis fraturas, também pode ocasionar o medo de cair novamente, perda de confiança, restrição das atividades de vida diária, assim

como o declínio da saúde e o aumento do risco de institucionalização. Essas limitações ocasionam prejuízo no deslocamento do indivíduo provocando o isolamento social e possível desencadeamento de sintomas depressivos^{19,29}.

A presença de sintomas depressivos mostrou-se associada à internação hospitalar neste estudo e em outros^{7,30}. Embora a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) não seja sempre acompanhada de sintomatologia depressiva, seus efeitos nocivos cumulativos, durante o processo do envelhecimento, levam a um risco maior de eventos adversos à saúde. A dificuldade de realização do diagnóstico são condições diretamente associadas ao aumento da morbidade e mortalidade na população idosa, assim como maior procura de serviços de saúde e tempo de ocupação de leitos hospitalares. A permanência no hospital pode ser considerada um fator de risco para a ocorrência de sintomas depressivos⁷.

A relação entre sintomas depressivos e dependência funcional, seja para ABVD ou AIVD está bem descrita na literatura^{11,28,30,31}. A capacidade funcional é um importante marcador do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos. Com o declínio funcional pode surgir a sintomatologia depressiva, devido ao comprometimento físico, social e funcional do indivíduo, levando a importantes complicações de saúde que podem interferir diretamente no surgimento de sintomas depressivos^{28,30}.

Destaca-se que no presente estudo foi verificada a associação entre sintomas depressivos e dependência para as AIVDs. Essas atividades exigem maior integridade física e cognitiva por estarem relacionadas à participação social do sujeito, como realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte²⁸. A perda da autonomia e limitações na vida diária geram um desequilíbrio nas emoções, no bem-estar e na imagem social, podendo desencadear sintomas depressivos¹¹.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, a condição de residir sozinho mostrou-se associada com os sintomas depressivos. Estudos similares^{13,29,30} identificaram que os idosos que residem só apresentam maior percepção da solidão, seja por luto, isolamento social ou abandono. Do ponto de vista da experiência

de vida, o idoso experimenta uma situação de perdas continuadas, e essas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar os sintomas depressivos. As condições de suporte social e familiar podem influenciar no surgimento de sintomas depressivos entre idosos, como também no mau prognóstico das comorbidades existentes, as quais podem contribuir para maior mortalidade, seja pelo aumento do risco de suicídio, seja pela evolução das doenças crônicas¹¹.

Apesar da alta prevalência, os sintomas depressivos são pouco investigados e subdiagnosticados na população idosa. Deste modo, a abordagem geriátrica deve ir além do convencional, com enfoque curativo, dirigindo-se a promoção da saúde mental e a prevenção da ocorrência de sintomas depressivos, com uma identificação adequada dos agravos e fatores de risco relacionados^{4,7-8}.

É fundamental, oferecer uma conduta voltada ao envelhecimento saudável, compreender como os fenômenos se apresentam e assegurar o atendimento das necessidades do idoso em uma perspectiva integral e multidimensional. A utilização de instrumentos de triagem de sintomas depressivos auxiliará não só na identificação de casos como influenciará diretamente no planejamento e na implementação de ações com possível impacto na qualidade de vida dos idosos³¹.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Trata-se de uma pesquisa

com processo de amostragem, em que a validade externa fica limitada e os resultados podem ser extrapolados apenas para uma população semelhante. A identificação das morbidades foi realizada por meio do autorrelato, fato que pode ter propiciado uma subestimativa da real prevalência das condições de morbidade e a avaliação da capacidade cognitiva segundo o parecer dos familiares. Entretanto, este estudo possui amostra suficiente para o ajuste dos modelos de regressão aos principais fatores de interesse clínico e utilizou instrumentos padronizados, validados na cultura brasileira.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou alta prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos no Centro de Referência no norte de Minas Gerais. Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de uma abordagem efetiva e imediata dos profissionais de saúde com aqueles idosos que apresentam de maneira especial: percepção negativa sobre a própria saúde; fragilidade; que sofreram quedas; foram internados no último ano; apresentam incapacidade para realizar AIVD e residem sozinhos. Novos estudos são necessários nessa área, e poderão contribuir com novas evidências científicas que permitirão intervenções precoces e efetivas com foco na saúde mental dos idosos.

Editado por: Tamires Carneiro Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Borges LJ, Benedetti TRB, Tania RB, Xavier AJ, D'orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10.
2. Lentsck MH, Pilger C, Schoereder EP, Prezotto KH, Mathias TAF. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Rev Electr Enferm*. 2015;17(3):1-9.
3. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MAB, et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):95-103.
4. Lopes LO, Cachioni M. Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas Psicol*. 2013;21(1):165-81.
5. 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.
6. Girondi JBR, Nothaft SCS, Santos SMA, Oliveira F, Sebold LF, Kempfer SS. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(2):197-204.

7. Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):307-17.
8. Gritti CC, Bene AZ, Pinheiro DM, Bianchin MA, Lamari NM. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. *Cad Saúde Colet.* 2015;23(2):214-9.
9. Fontes AP, Fattori A, D'elboux MJ, Guariento ME. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1): 7-17.
10. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46:1387-93.
11. 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.
12. Soares PPB, Reis NA, Peixoto BG, Gonçalves AR, Amaro EA, Gonçalves JRL. Prevalência de indicativos de depressão em idosos de uma unidade de atenção ao idoso. *REFACS.* 2017;5(2):289-96.
13. Piani MC, Alves ALS, Bervian J, Graeff DB, Pancotte J, Doring 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.
14. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.
15. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(2)-335-344.
16. 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.
17. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação de funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):317-25.
18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-85.
19. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Rev Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3575-84.
20. Minas Gerais. Resolução SES no 2.603, de 07 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção a Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte: SES; 2010.
21. 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 Psychiatr.* 2012;20(4):346-54.
22. 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.
23. 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.
24. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):691-700.
25. Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):275-87.
26. Jerez-Roig J, Souza DLB, Andrade FLJP, Lima Filho BF, Medeiros RJ, Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3367-75.
27. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):747-52.
28. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(1):119-28.
29. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO, Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm.* 2017;35(2):210-20.
30. Smith PD, Becker K, Roberts L, Walker J, Szanton SL. Associations among pain, depression, and functional limitation in low-income, home-dwelling older adults: an analysis of baseline data from CAPABLE. *Geriatr Nurs.* 2016;35(5):348-52.
31. Possatto JM, Dóris FR. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. *Rev Kairós Gerontol.* 2017;20(2):45-58.