



# Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre

Prevalence of depressive symptoms and associated factors in older people from Primary Health Care Units in Rio Branco, Acre

Bruna Lima da Rocha<sup>1</sup>

Polyana Caroline de Lima Bezerra<sup>1</sup>

Gina Torres Rego Monteiro<sup>2</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Estimar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos assistidos por Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre, Brasil. **Método:** Estudo transversal realizado com idosos cadastrados em duas unidades de Atenção Primária à Saúde de Rio Branco, Acre, entre 2016 e 2017. A prevalência de sintomas depressivos foi medida por meio da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) e as associações foram testadas com variáveis selecionadas. Foram calculadas as razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95%, por regressão de Poisson, com variância robusta. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 74,5%. Os fatores mais fortemente associados foram: percepção de insegurança no local de moradia (RP=1,46; IC 95% 1,23-1,74), renda familiar menor que um salário mínimo (RP=1,10; IC 95% 1,01-1,20) e autopercepção da saúde insatisfatória (RP=1,25; IC 95% 1,14-1,37), ajustados por sexo, faixa etária, escolaridade, atividade laboral e fragilidade. **Conclusão:** Evidenciou-se uma elevada prevalência de sintomas depressivos na população estudada. A identificação dos fatores associados apontou a vulnerabilidade socioeconômica e de saúde nas quais os idosos estão imersos, relacionando-se com as condições associadas à sintomatologia depressiva.

**Palavras-Chave:** Sintomas Depressivos. Saúde do Idoso. Epidemiologia. Estudos Transversais.

## Abstract

**Objective:** To estimate the prevalence of depressive symptoms and associated factors in older people from Primary Health Care units in Rio Branco, Acre, Brazil. **Method:** This was a cross-sectional study conducted with older people registered in Primary Health Care units in Rio Branco, Acre, between 2016 and 2017. The prevalence of depressive symptoms

<sup>1</sup> Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio Branco, Ac, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Acre (FAPAC)-Bolsa de Doutorado Edital 008/2014. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa de Mestrado, N° do processo: 133739/2018-0

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence  
Bruna Lima da Rocha  
brunalimar@hotmail.com

Recebido: 15/02/2021

Aprovado: 12/08/2021

was measured using the *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), and associations were tested with selected variables. Crude and adjusted prevalence ratios were calculated with a 95% confidence interval by Poisson regression with robust variance. *Results:* The prevalence of depressive symptoms was 74.5%. The most strongly associated factors were perception of insecurity in the place of residence (PR=1.46; 95% CI 1.23-1.74), family income lower than the minimum wage (PR=1.10; 95% CI 1, 01-1.20), and unsatisfactory self-perception of health (PR=1.25; 95% CI 1.14-1.37), adjusted for gender, age, education, work activity, and frailty. *Conclusion:* There was a high prevalence of depressive symptoms in the studied population. The identification of associated factors pointed to the socioeconomic and health vulnerability in which older people are in, relating to the conditions associated with depressive symptoms.

**Keywords:** Depressive Symptoms. Health of the Elderly. Epidemiology. Cross-Sectional Studies.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente. Em termos de saúde, a transição demográfica em conjunto com a transição epidemiológica representa uma mudança no perfil de doenças da população para um maior número de doenças e agravos de longa duração. Essa mudança tem sido influenciada por inúmeros fatores, entre os quais se destacam o avanço da idade, a vulnerabilidade a processos patológicos e agravos frequentemente associados. Entre as morbidades mais comuns em idosos, estão as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes e os transtornos psiquiátricos, destacando-se, entre esses, as demências e a depressão<sup>1</sup>.

No Brasil e em diversos países, tem aumentado cada vez mais a frequência de transtornos mentais o que, por sua vez, tem ocasionado alterações negativas de ordem funcional, mental e social nos indivíduos acometidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 12,0% da população do mundo sofre com algum tipo de transtorno mental e que no Brasil essa proporção é de 6,0%, sendo a depressão o transtorno mais frequente na população<sup>2</sup>. Diferentemente do que ocorre com adultos jovens, a depressão em idosos manifesta-se principalmente por alterações cognitivas e sintomas somáticos, como perda de interesse em atividades habituais, fadiga, alterações do sono, problemas cognitivos e de memória, pensamentos sobre morte e desesperança<sup>3</sup>.

É no nível comunitário que se encontra a maior parcela da população idosa e que os atendimentos para esta, em geral, são realizados no âmbito da

Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, é de grande valia que as unidades de saúde estejam preparadas para desenvolver ações que englobam a promoção, proteção e prevenção em saúde, assim como conhecimento dos principais fatores e problemas de saúde que acometem a população das áreas abrangidas<sup>4</sup>. Os principais fatores de risco para sintomas depressivos em idosos são: portar doença crônica<sup>5</sup>, pertencer ao sexo feminino<sup>5</sup>, presença de fragilidade<sup>6</sup>, possuir baixo controle nas atividades diárias e de vida<sup>7</sup>, ser social e economicamente vulnerável, apresentar incapacidade funcional e problemas de saúde percebidos como estressantes<sup>8</sup>.

Ao considerar as diferenças regionais, culturais e sociais observadas nos idosos brasileiros, faz-se necessário maior conhecimento sobre a sintomatologia depressiva em idosos da região Norte, a qual possui visíveis desigualdades socioeconômicas, além de limitada cobertura assistencial, dificuldades de acesso e baixos indicadores de saúde por ser uma das regiões menos desenvolvidas do país. Portanto, neste estudo, buscou-se estimar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em idosos assistidos por duas Unidades de APS em Rio Branco, Acre, Brasil.

## MÉTODOS

Este estudo é parte de uma pesquisa matriz denominada *Fragilidade e condições de saúde de idosos*, realizada entre outubro de 2016 e junho de 2017, em Rio Branco (AC). O município de Rio Branco possui uma extensão territorial de 8.835,541 km<sup>2</sup> e uma população composta por 336.038 habitantes, dos quais 23.299 (6,9%) possuem 60 anos ou mais<sup>10</sup>.

No que concerne ao número de unidades de saúde da APS, até o ano de 2020, a referida capital do Acre possuía 11 Unidades de Referência em Atenção Primária à Saúde (URAP) e 43 Unidades de Saúde da Família (USF).

Trata-se de um estudo transversal de uma amostra representativa de idosos cadastrados em uma URAP e uma USF, localizadas em duas regionais de saúde distintas do município<sup>11</sup>. O processo de amostragem foi efetuado em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral as duas Unidades de APS com o maior número de idosos cadastrados e com cadastro da família atualizados na cidade de Rio Branco (AC). No segundo estágio, definiu-se o sorteio dos idosos, a fim de obter a amostra representativa de cada unidade de saúde. O cálculo do tamanho da amostra considerou a prevalência estimada de fragilidade de 10%, erro amostral de 3%, nível de confiança de 95%, sendo acrescido 20% para possíveis perdas, dessa forma resultando em uma amostra estimada de 365 idosos.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser residente da área de abrangência e possuir cadastro na Unidade de saúde selecionada. Foram excluídos os idosos institucionalizados e aqueles em situação de saúde que inviabilizasse responder ao questionário da pesquisa. Foram consideradas perdas os idosos que se negaram a responder à pesquisa, aqueles que não foram encontrados no domicílio após duas tentativas de visita, os que tinham se mudado para outra área, assim como aqueles cujas entrevistas não tinham todos os elementos necessários para o desfecho do estudo matriz e elementos necessários para classificar os sintomas depressivos para o atual estudo.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por entrevistadores previamente treinados. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado no questionário validado no estudo EPIFLORIPA<sup>12</sup>.

A variável desfecho deste estudo foi “sintomas depressivos”, obtida pela aplicação da versão brasileira da *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 15 itens<sup>13</sup>. O ponto de corte utilizado foi cinco/seis (categorizado como ‘Sem sintomas depressivos/Com sintomas depressivos’).

As variáveis independentes estudadas foram: sexo, faixa etária (60-79 anos; 80 anos ou mais); cor da pele/etnia; situação conjugal; escolaridade (frequentou escola: sim/não); arranjos domiciliares; renda individual; atividade laboral (trabalha atualmente: sim/não); tipo de renda (aposentadoria; pensão; benefícios ou outros); renda familiar ( $>1$  SM;  $\leq 1$  SM); percepção de segurança do local de moradia (satisfatória/insatisfatória); índice de Massa Corporal; hábito de tabagismo; prática de atividade física, avaliado por meio do *International Physical Activity Questionnaire*<sup>14</sup>; autopercepção da saúde (satisfatória [muito boa/boa]; insatisfatória [regular/ruim/muito ruim]); déficit cognitivo avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental<sup>15</sup>, considerando o nível de escolaridade; fragilidade, avaliado por meio de *Edmonton Frail Scale (EFS)*<sup>16</sup> (não [não apresenta fragilidade e aparentemente vulnerável]; sim [fragilidade leve, moderada e severa]); incapacidade funcional, avaliada por meio da escala de atividades básicas e instrumentais da vida diária<sup>17</sup>; risco nutricional; histórico de queda; utilização de medicamentos; polifarmácia; sofreu violência em algum momento da vida; plano de saúde. Foram avaliadas as morbidades referidas pelos idosos: doenças reumáticas (doença da coluna ou das costas, reumatismo, artrite e/ou artrose), câncer, diabetes, osteoporose, doença cardiovascular, insuficiência renal crônica, tuberculose, cirrose, derrame e hipertensão arterial.

A associação entre os sintomas depressivos e as variáveis independentes foram estimadas utilizando regressão de Poisson com variância robusta que é um modelo adequado para avaliação de desfecho dicotômico com prevalência superior a 10%.

A inserção de variáveis no modelo multivariável considerou os seguintes critérios: valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada, maior razão de prevalência e plausibilidade biológica. A permanência das variáveis na análise ajustada foi determinada pelo valor de  $p \leq 0,05$ . Foi realizada a ponderação dos dados e todas as análises levaram em consideração os pesos amostrais. Após a aplicação do fator de ponderação, os idosos selecionados representaram todos os idosos cadastrados nas duas regionais de saúde. Para análise de ajuste do modelo e análise de resíduos foram

utilizados os parâmetros *deviance*, *Akaike information criterion* (AIC) e *Bayesian information criterion* (BIC).

O estudo resguardou todos os aspectos éticos previstos na Resolução n°. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/ FIOCRUZ) sob n° 58791716.5.0000.5240.

## RESULTADOS

A amostra estudada foi composta por 284 idosos, representando 900 idosos após a aplicação do fator de correção da amostra. Dos 298 indivíduos inicialmente pertencentes ao universo do estudo, 14 foram consideradas perdas, em virtude de dados faltantes para classificação do desfecho.

A amostra foi composta principalmente por mulheres (61,6%), com idades entre 60-98 anos,

sendo a média de 71,0 anos ( $\pm 8,5$ ). A maior parte dos entrevistados se autodeclarou de cor não branca (84,2%), casados (48,1%), frequentaram escola (58,4%), tendo em média 2,9 anos de estudo, moravam com familiares (58,6%) e eram naturais de outras cidades do estado do Acre (55,3%). Em relação à atividade laboral, 81,2% não trabalhavam, 92,1% possuíam renda individual, proveniente de aposentadorias (69,0%), com renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (71,8%). Houve predomínio de percepção insatisfatória quanto à segurança no bairro de moradia (87,4%), não possuíam plano de saúde (84,0%) e referiram já ter sofrido algum tipo de violência (60,4%) (Tabela 1).

Em relação às variáveis relacionadas aos hábitos de vida da amostra, a maior proporção dos idosos estava com índice de massa corporal (IMC) adequado (44,7%), tinham hábito de tabagismo (69,4%) e referiram que não praticavam atividade física no mínimo três vezes por semana (76,6%) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Análise bivariada dos sintomas depressivos em idosos de Unidades de Saúde, segundo variáveis socioeconômicas, Rio Branco, Acre, 2016-2017.

Variáveis	N 284	NExp 900 (%)	Sintomas depressivos		RP Bruta (IC95%)	Valor de <i>p</i>
			Não n 230 (25,5)	Sim n 670 (74,5)		
Sexo						
Masculino	111	345 (38,4)	110 (48,0)	235 (35,1)	1	0,001
Feminino	173	555 (61,6)	119 (52,0)	435 (64,9)	1,15 (1,06 – 1,25)	
Faixa etária (anos)						
60-79	237	746 (83,0)	210 (81,7)	536 (80,0)	1	<0,001
80 ou mais	47	153 (17,0)	19 (8,3)	134 (20,0)	1,21 (1,13 – 1,30)	
Cor da Pele/Etnia						
Branca	45	142 (15,8)	28 (12,2)	114 (17,0)	1	0,039
Não Branca	239	758 (84,2)	202 (87,8)	556 (83,0)	0,91 (0,84 – 1,00)	
Situação Conjugal*						
Casado	141	437 (48,8)	116 (50,7)	321 (48,1)	1	0,045
Solteiro	28	87 (9,7)	33 (14,4)	54 (8,1)	0,85 (0,72 – 0,99)	
Divorciado/separado	42	133 (14,8)	36 (15,7)	97 (14,5)	0,99 (0,89 – 1,11)	
Viúvo	72	239 (26,7)	44 (19,2)	195 (29,2)	1,10 (1,02 – 1,19)	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	N 284	NExp 900 (%)	Sintomas depressivos		RP Bruta (IC95%)	Valor de <i>p</i>
			Não n 230 (25,5)	Sim n 670 (74,5)		
<b>Escolaridade</b>						
Frequentou escola	167	526 (58,4)	163 (70,9)	363 (54,2)	1	
Não frequentou escola	117	374 (41,6)	67 (29,1)	307 (45,8)	1,19 (1,11 – 1,27)	<0,001
<b>Arranjos domiciliares</b>						
Mora com cônjuge	40	129 (14,3)	42 (18,3)	87 (13,0)	1	
Mora com familiares**	150	487 (54,1)	94 (40,9)	393 (58,6)	1,19 (1,05 – 1,34)	0,005
Mora com cônjuge e familiares	47	144 (16,0)	53 (23,0)	91 (13,6)	0,94 (0,80 – 1,10)	0,472
Mora com não familiares***	18	51 (5,7)	14 (6,1)	37 (5,5)	1,08 (0,93 – 1,31)	0,420
Mora sozinho	29	90 (10,0)	42 (18,3)	63 (9,4)	1,02 (0,86 – 1,22)	0,790
<b>Renda individual*</b>						
Sim	261	830 (92,1)	216 (93,9)	614 (91,5)	1	
Não	23	71 (7,9)	14 (6,1)	57 (8,5)	1,08 (0,97 – 1,22)	0,157
<b>Atividade laboral*</b>						
Sim	48	159 (18,8)	69 (31,2)	90 (14,4)	1	
Não	220	685 (81,2)	152 (68,8)	533 (85,6)	1,37 (1,20 – 1,57)	<0,001
<b>Tipo de Renda</b>						
<b>Aposentadoria*</b>						
Sim	185	593 (69,0)	141 (63,8)	452 (70,8)		
Não	86	266 (31,0)	80 (36,2)	186 (29,2)	0,92 (0,85 – 1,00)	0,057
<b>Pensão*</b>						
Sim	55	46 (19,5)	33 (14,9)	132 (21,2)	1	
Não	213	680 (80,5)	188 (85,1)	492 (78,8)	0,90 (0,83 – 0,98)	0,020
<b>Benefícios ou outros</b>						
Sim	40	125 (14,8)	25 (11,3)	100 (16,1)	1	
Não	228	719 (85,2)	196 (88,7)	523 (83,9)	0,91 (0,83 – 0,99)	0,043
<b>Renda Familiar<sup>#</sup></b>						
>1 SM	76	253 (28,1)	79 (34,5)	174 (26,0)	1	
≤1 SM	208	646 (71,9)	150 (65,5)	496 (74,0)	1,10 (1,01 – 1,21)	0,009
<b>Percepção de segurança no local de moradia*</b>						
Satisfatória	29	113 (12,6)	49 (21,4)	64 (9,6)	1	
Insatisfatória	254	784 (87,4)	180 (78,6)	604 (90,4)	1,34 (1,15 – 1,57)	<0,001
<b>Plano de Saúde</b>						
Não	238	745 (84,0)	175 (80,6)	570 (85,1)	1	
Sim	44	142 (16,0)	42 (19,4)	100 (14,9)	0,93 (0,83 – 1,03)	0,173
<b>Sofreu violência</b>						
Não	130	425 (49,6)	117 (56,7)	308 (48,2)	1	
Sim	144	432 (60,4)	101 (46,3)	331 (51,8)	1,05 (0,98 -1,14)	0,160

\*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas ou não se aplica, \*\*Familiares: Filhos, netos; \*\*\*Arranjo familiar com pessoa da mesma geração que o idoso e/ou com amigos/noras/genros, entre outros; #SM= salário mínimo; NExp= N expandido a partir dos pesos e o delineamento amostral; %= proporção a partir do NExp; RP: Razão de Prevalência.

**Tabela 2.** Análise bivariada dos sintomas depressivos em idosos de Unidades de Saúde, segundo variáveis de hábitos de vida, Rio Branco, Acre, 2016-2017.

Variáveis	N 284	NExp 900	Sintomas depressivos		RP Bruta (IC95%)	Valor de <i>p</i>
			Não n 230 (25,5)	Sim n 670 (74,5)		
Índice de massa corporal*						
Peso adequado	105	339 (44,7)	81 (43,3)	258 (45,2)	1	
Baixo peso	42	123 (16,2)	32 (17,1)	91 (15,9)	0,96 (0,86 – 1,08)	0,537
Peso em excesso	33	94 (12,4)	22 (11,8)	72 (12,6)	1,01 (0,89 – 1,13)	0,909
Obeso	68	202 (16,6)	52 (27,8)	150 (26,3)	0,97 (0,89 – 1,07)	0,594
Hábito de tabagismo						
Não	92	275 (30,6)	86 (37,4)	189 (28,2)	1	
Sim	192	625 (69,4)	144 (62,6)	481 (71,8)	1,11 (1,02 – 1,21)	0,016
Prática de atividade física*						
Sim	64	205 (23,4)	138 (61,1)	113 (17,5)	1	
Não	215	672 (76,6)	88 (38,9)	534 (82,5)	1,42(1,26 – 1,61)	<0,001

NExp = N expandido a partir dos pesos e o delineamento amostral; % = proporção a partir do NExp.

RP: Razão de Prevalência; \*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas ou não se aplica.

No que concerne às variáveis de saúde, mais da metade dos idosos estudados referiram insatisfação com sua saúde (74,1%), possuíam déficit cognitivo (40,4%), apresentaram estado de fragilidade (33,4%), com incapacidade funcional para realização das atividades de vida diária (26,5%), estavam em risco nutricional (60,8%) e haviam sofrido queda no último ano (43,5%). Em relação a medicamentos, a maioria dos idosos fazia uso de algum medicamento (87,8%), sendo que 31,6% usavam mais de 5, configurando polifarmácia (Tabela 3).

Quase a totalidade da amostra referiu ter alguma morbidade (96,9%), sendo as mais prevalentes: hipertensão arterial (72,4%), doenças reumáticas (70,8%) e doenças cardiovasculares (28,1%). A maior

parte dos idosos referiu ter de 1 a 3 morbidades (57,8%) (Tabela 3).

A prevalência de sintomas depressivos na população estudada foi de 74,5% (IC95%71,5–81,3). Na análise bruta para as variáveis socioeconômicas e demográficas, a presença de sintomas depressivos esteve associada ao sexo feminino, aos idosos longevos (80 anos ou mais), com a etnia/cor da pele não branca, viúvos (as), que não frequentaram escola, moravam com familiares (filhos ou netos), sem atividade laboral, não recebiam pensão e benefícios, com renda familiar até um salário mínimo e percepção insatisfatória sobre a segurança pública no bairro de moradia. Ser solteiro apresentou associação para menor prevalência de sintomas depressivos (Tabela 1).



**Tabela 3.** Análise bivariada dos sintomas depressivos em idosos de Unidades de Saúde, segundo variáveis de saúde, Rio Branco, Acre, 2016-2017.

Variáveis	N 284	NExp 900 (%)	Sintomas depressivos		RP Bruta (IC95%)	Valor de p
			Não n 230 (25,5)	Sim n 670 (74,5)		
Autopercepção da saúde						
Satisfatória	105	323 (35,9)	131 (57,0)	192 (28,7)	1	
Insatisfatória	179	577 (74,1)	99 (43,0)	478 (71,3)	1,37 (1,25 – 1,50)	<0,001
Déficit cognitivo*						
Não tem déficit	164	514 (59,6)	42 (18,3)	68 (10,1)	1	
Tem déficit	110	349 (40,4)	187 (81,7)	602 (89,9)	1,22 (1,14 – 1,31)	<0,001
Fragilidade						
Não	190	599 (66,6)	201 (87,8)	398 (59,4)	1	
Sim	94	300 (33,4)	28 (8,2)	272 (40,6)	1,36 (1,28 – 1,45)	<0,001
Incapacidade Funcional*						
Não	210	652 (73,5)	201 (87,8)	451 (68,5)	1	
Sim	72	235 (26,5)	28 (12,2)	207 (31,5)	1,27 (1,19 – 1,36)	<0,001
Risco nutricional*						
Sem risco nutricional	94	286 (39,8)	97 (56,7)	183 (33,6)	1	
Com risco nutricional	140	435 (60,8)	74 (43,3)	361 (66,4)	1,25 (1,15 – 1,37)	<0,001
Histórico de quedas*						
Não	164	506 (56,5)	156 (74,6)	358 (54,7)	1	
Sim	110	390 (43,5)	53 (25,4)	296 (45,3)	1,06 (0,99 – 1,14)	0,101
Utilização de medicamentos*						
Não	164	115 (12,2)	42 (18,3)	68 (10,1)	1	
Sim	110	785 (87,8)	113 (49,1)	602 (89,9)	1,22 (1,06 – 1,41)	0,006
Polifarmácia						
Não	8	640 (68,4)	9 (3,9)	19 (2,8)	1	
Sim	276	249 (31,6)	221 (96,1)	651 (97,2)	1,09 (1,02 – 1,18)	0,018
Morbidades autorreferidas*						
Não	8	28 (30,1)	9 (32,1)	19 (67,9)	1	
Sim	171	872 (96,9)	142 (27,3)	378 (72,7)	1,07 (0,85 – 1,36)	0,568
Morbidades autorreferidas*						
Câncer	19	56 (6,2)	19 (33,9)	37 (66,1)	0,88 (0,74 – 1,06)	0,176
Diabetes	66	224 (24,9)	59 (26,3)	165 (73,7)	0,99 (0,91 – 1,07)	0,986
Coração/Cardiovascular	77	253 (28,1)	57 (22,5)	196 (74,5)	1,06 (0,99 – 1,15)	0,109
Insuficiência Renal Crônica	23	74 (8,2)	14 (18,9)	60 (81,1)	1,10 (0,98 – 1,23)	0,100
Tuberculose	5	13 (1,4)	5 (38,5)	8 (61,5)	0,80 (0,53 – 1,21)	0,289
Cirrose	4	11 (1,2)	3 (27,3)	8 (72,7)	1,00 (0,72 – 1,39)	0,990
Derrame	31	108 (12,0)	16 (14,2)	92 (85,2)	1,15 (1,06 – 1,26)	0,002
Osteoporose	75	234 (26,0)	41 (17,5)	193 (82,5)	1,14 (1,07 – 1,23)	<0,001
Hipertensão	204	650 (72,4)	167 (25,7)	483 (74,3)	1,00 (0,92 – 1,08)	0,983
Doenças Reumáticas	201	634 (70,8)	171 (27,0)	463 (73,0)	0,96 (0,88 – 1,03)	0,045

NExp = N expandido a partir dos pesos e o delineamento amostral; %= proporção a partir do NExp; RP: Razão de Prevalência; \*As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem às perdas ou não se aplica.

Quanto às variáveis relacionadas aos hábitos de vida, a presença de sintomas depressivos esteve associada a indivíduos com hábitos de tabagismo e aos que não praticavam atividade física (Tabela 2).

Nas variáveis relacionadas à saúde, estiveram associados ao desfecho, os idosos que tinham percepção insatisfatória de sua saúde, com déficit cognitivo, com fragilidade, incapacidade funcional, que estavam em risco nutricional e faziam uso de medicamentos, usavam polifarmácia e que referiram as morbidades derrame e osteoporose. A menor prevalência de sintomas depressivos foi observada em

idosos que referiram as doenças reumáticas (artrite/artrose, reumatismo e doença da coluna/costas) na análise bruta (Tabela 3).

Considerando o critério de  $p < 0,05$  para a análise multivariada, os sintomas depressivos apresentaram associação positiva com as seguintes características: sexo feminino, faixa etária de 80 anos ou mais, não ter frequentado escola, ausência de atividade laboral, renda familiar menor que um salário mínimo, autopercepção insatisfatória de saúde, fragilidade e percepção insatisfatória de segurança no local de moradia (Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise multivariada dos sintomas depressivos em idosos de Unidades de Saúde, segundo as variáveis socioeconômicas e de saúde, Rio Branco, Acre, 2016-2017.

Variáveis	Razão de Prevalência		Valor de <i>p</i>
	Bruta	Ajustada	
Sexo			
Masculino	1	1	
Feminino	1,15 (1,06 – 1,25)	1,10 (1,02 - 1,20)	0,013
Faixa etária (anos)			
60 a 79	1	1	
80 ou mais	1,21 (1,13 – 1,30)	1,13 (1,06 - 1,21)	<0,001
Escolaridade			
Frequentou escola	1	1	
Não frequentou escola	1,19 (1,11 – 1,27)	1,11 (1,03 – 1,19)	0,006
Atividade laboral			
Sim	1	1	
Não	1,37 (1,20 – 1,57)	1,20 (1,05 - 1,37)	0,008
Renda familiar			
≥1 SM	1	1	
<1 SM	1,10 (1,01 – 1,21)	1,10 (1,01 – 1,20)	0,025
Percepção de segurança do local de moradia			
Satisfatória	1	1	
Insatisfatória	1,34 (1,15 – 1,57)	1,46 (1,23 – 1,74)	<0,001
Autopercepção da Saúde			
Satisfatória	1	1	
Insatisfatória	1,37 (1,25 – 1,50)	1,25 (1,14 - 1,37)	<0,001
Fragilidade			
Não	1	1	
Sim	1,36 (1,28 – 1,45)	1,19 (1,11 – 1,27)	<0,001

Ajuste do modelo: deviance: 366,079; loglikelihood: -870,039; Akaike information criterion: 1760,079 e Bayesian information criterion: 1808,398.



## DISCUSSÃO

O presente estudo identificou uma prevalência elevada de sintomas depressivos em idosos (74,5%; IC 95% 71,5–81,3) a partir das respostas à GDS-15. As variáveis associadas e mais reconhecidas a tais sintomas foram aquelas relativas ao sexo, faixa etária de 80 anos ou mais, não frequentou escola, ausência de atividade laboral, renda familiar inferior a um salário mínimo e a saúde fragilizada. A variável percepção de segurança do local de moradia apresentou-se como maior fator de associação dentre as variáveis supracitadas e ainda não descritas em outros estudos já realizados.

Estudos nacionais e internacionais apresentaram prevalências variando de 14,2% a 79,6% para sintomatologia depressiva em idosos não institucionalizados<sup>18-21</sup>. A prevalência de sintomas depressivos aqui observada foi superior àquelas observadas em outros trabalhos realizados no Brasil e semelhante ao estudo realizado no México, com idosos com 65 anos ou mais, o qual identificou que 79,6% dos participantes apresentavam sintomas depressivos<sup>20</sup>.

A elevada prevalência de sintomas depressivos nesses idosos pode ser explicada pelas características peculiares da população estudada, com destaque para a residência em uma região com condições socioeconômicas e conjunturas sociais expressando profundas desigualdades em relação a outras regiões do Brasil e países do mundo. Ressalta-se que os declínios biológicos típicos da senescência, somados às condições de vulnerabilidades sociais, individuais e econômicas dos indivíduos implicam no adocimento psicossocial, em especial a depressão<sup>22</sup>.

A associação dos sintomas depressivos com fatores sociodemográficos está bem definida na literatura científica: tais sintomas ocorrem mais em quem tem situação socioeconômica e condição de saúde desfavoráveis quando comparado aos que possuem melhores condições. Ser do sexo feminino já tem sido apontado como fator associado aos sintomas depressivos, como foi encontrado no estudo realizado por Mendes-Chiloff et al.<sup>18</sup> na cidade de São Paulo, com 972 idosos (OR=1,75; IC 95% 1,24-2,47). A associação ao sexo feminino pode ser explicada

pelas questões sociais às quais as mulheres são mais suscetíveis, aos potenciais eventos estressores determinados pelo gênero e, ainda, à baixa produção de estrogênio na menopausa, os quais têm sido relacionados como fatores de risco para depressão<sup>23,24</sup>.

Igualmente, a idade mais avançada tem sido bem estabelecida na literatura como associada à depressão<sup>24,25</sup>. Considera-se que o aumento da idade se relaciona com a maior predisposição a episódios de perdas, lutos e suscetibilidade a doenças crônicas.

A baixa escolaridade também esteve associada aos sintomas depressivos, corroborando com os estudos transversais realizados por Borges et al.<sup>26</sup>, em Florianópolis com 1.656 idosos (RP=2,11; IC 95% 1,46–3,05) e por Cheung e Chou<sup>27</sup> com 1.959 idosos, em Hong Kong (OR=1,85; IC 95% 1,85–2,86). É possível que os indivíduos com maior nível educacional tenham mais facilidade para ampliar os recursos de enfrentamento de exposições cotidianas e estressantes. Destacando que a baixa escolaridade vai interferir indiretamente na situação socioeconômica dos idosos<sup>28</sup>.

Não ter atividade laboral, similarmente apresentou associação positiva à presença de sintomas depressivos. Gazalle et al.<sup>29</sup>, em um estudo realizado em 2004, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, identificaram a maior ocorrência de sintomas depressivos em idosos que não trabalhavam. Os autores relacionaram esse dado com a desvalorização do idoso no mercado de trabalho, o que resulta no indivíduo, especialmente em países em desenvolvimento, a sensação de ser menos útil à sociedade quando comparado aos mais jovens, ocasionados pelo estigma social de improdutividade e desenvolvimento das atividades no trabalho.

A renda familiar inferior a um salário mínimo apresentou-se como fator associado à sintomatologia depressiva. Essa associação reforça que as condições socioeconômicas inerentes ao indivíduo contribuem para o aparecimento ou manutenção dos sintomas depressivos. A relação entre essa variável com o desfecho foi evidenciada em outros estudos que observaram que, conforme aumenta a renda familiar, diminui a prevalência de depressão<sup>26</sup>.

A percepção de segurança do local de moradia apresentou associação positiva com os sintomas depressivos nos idosos estudados. A relação com o meio físico em que o idoso habita, influencia a docilidade ambiental<sup>30</sup>. Esta é caracterizada por funções básicas do ambiente, tais como estímulo, liberdade, apoio e suporte que são necessárias para o exercício do controle e bem-estar dos idosos<sup>31</sup>. Ambientes amigáveis e confortáveis influenciam diretamente o desempenho comportamental do idoso. Se ele se sente inseguro, encontrará dificuldades para sair de casa, propiciando o isolamento social, bem como dificuldades para desempenhar o papel afetivo. Considere-se, ainda, que a sensação de insegurança interfere com a produção e atuação disfuncionais de neurotransmissores, bem como com a produção aumentada do cortisol, condições diretamente ligadas à depressão<sup>32</sup>.

Em relação às condições de saúde, ter autopercepção insatisfatória da saúde associou-se positivamente aos sintomas depressivos, achado já consolidado na literatura<sup>15</sup>. A percepção insatisfatória da saúde (regular, ruim ou muito ruim) é considerada um bom marcador para avaliação em saúde e condições sobre o bem-estar físico, mental e social. Borges et al.<sup>26</sup> afirmam que, em alguns casos, a percepção insatisfatória da própria saúde já pode ser entendida como a presença de sintomatologia depressiva em idosos.

A sintomatologia depressiva mostrou-se associada à fragilidade, achado semelhante ao encontrado em outro trabalho. Um estudo realizado com 367 idosos na Itália, utilizando a escala do centro de depressão do centro de estudos epidemiológicos, também observou associação com a depressão<sup>33</sup>. A associação com a fragilidade pode estar relacionada às características simultâneas dessas condições de saúde, configurando exaustão, lentidões psicomotoras e inatividade<sup>34</sup>. Outro fator relacionado com essas características, já respaldado na literatura científica, é o aumento da produção de citocinas atuantes na sarcopenia em idosos, a qual está diretamente vinculada ao prejuízo de funções neuropsicológicas e fragilidade<sup>35</sup>.

Uma possível limitação do presente estudo diz respeito a estar restrito a duas unidades de APS. No entanto, a metodologia escolhida possibilitou uma

avaliação mais detalhada da saúde da pessoa idosa não institucionalizada, residente em áreas cobertas por políticas públicas de saúde, levantando hipóteses para estudos mais abrangentes relacionados ao tema na região.

Outra limitação pertinente é a possível existência do viés de memória, considerando que metodologia utilizada exigiu um método recordatório. Consensualmente o aumento da idade interfere na memória e depressão reflete na cognição do idoso e possivelmente ocasiona interferência nas respostas autorreferidas, podendo, então, ocasionar respostas tendenciosas. No entanto, para essa limitação foi utilizado o controle por meio da variável déficit cognitivo e da idade.

O número de perdas em uma das unidades de saúde, foi implicado como limitação. Tais perdas são justificadas pelas mudanças de endereço, pois a área abrangente da unidade é considerada área de risco e permeada de situações de vulnerabilidades para os residentes. Contudo, ressalta-se a utilização do processo amostral, buscando assegurar aleatoriedade e representatividade dos idosos da área investigada, considerando que a amostra estudada apresenta perfil semelhante ao conjunto da população da área de estudo.

As principais forças deste estudo estão no rigor metodológico, treinamento e controle de qualidade. Além da descrição do perfil da população idosa de sua área de abrangência, a partir de um questionário validado, possibilitando direcionar os cuidados da APS na rede local diante os fatores associados aos sintomas depressivos, através de medidas da educação em saúde sob a ótica dos problemas de saúde e do planejamento estratégico nos processos de trabalho das equipes em frente a saúde do idoso. Ademais, seus resultados permitem levantar hipóteses para outros estudos longitudinais, a fim de verificar a causalidade e fatores potencialmente associados ao desenvolvimento da depressão.

## CONCLUSÃO

O rastreamento dos sintomas depressivos evidenciou uma elevada prevalência destes na população estudada. Esse resultado expressa a necessidade de

exercício da responsabilidade sanitária no manejo do fenômeno do envelhecimento populacional. É necessário compreender que o adoecimento do idoso é progressivo e associado a outras condições e não é um fenômeno de abordagem exclusivo do setor saúde. Assim, é importante que haja a abordagem intersetorial, pois existem algumas condições sociais que estão favorecendo os sintomas depressivos e também outros diversos problemas de saúde.

Concomitantemente, a atuação específica de saúde pública deve reforçar o enfoque em estratégias de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco identificados, rastreamento e diagnóstico precoce e acesso a recursos terapêuticos apropriados. Recomenda-se a

ação conjunta dos pontos de atenção da Rede de Saúde, em especial, as unidades de APS, através da análise situacional da área de abrangência, conhecimento de características individuais, domiciliares e ambientais que estão associadas à sintomatologia depressiva, e o uso de instrumentos para rastreamento precoce para os problemas de saúde que acometem a pessoa idosa. Além da Rede de Atenção em Saúde Mental para o desempenho de ações para o cuidado e tratamento junto a APS. Sugere-se, ainda, estudos futuros para identificação de variáveis não estudadas, tais como estudos de epigenética e determinantes genéticos dos sintomas depressivos e da depressão.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

## REFERÊNCIAS

1. Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MM, Marchiori GF. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(9):3305-13.
2. World Health Organization. Mental Health Atlas-2014 country profiles [Internet]. Geneva; WHO; 2014 [acesso 30 julho 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2014-country-profile-brazil> .
3. Lampert CDT, Scortegagna AS. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Aval Psicol.* 2017;16(1):48-58.
4. Schenker M, da Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(4):1369-80.
5. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(1):45-51.
6. Lewis EM, Coles S, Howorth K, Kissima J, Gray W, Urasa S, et al. The prevalence and characteristics of frailty by frailty phenotype in rural Tanzania. *BMC Geriatr.* 2018;18(283):1-11.
7. Hernandez JAE, Voser RDC. Exercício físico regular e depressão em idosos. *Est Pesqui Psicol.* 2019;19(3):718-34.
8. Araújo GKM, Sousa RCR, Souto RQ, Silva Jr. EG, Eulálio MC, Alves FAP, et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. *Rev Enferm.* 2017;11(10):3778-86.
9. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnel L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(5):1-13.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010 [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2010 [acesso em 09 jun. 2019]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00> .
11. Bezerra PCL, Santos EMA. Perfil sociodemográfico e situação de saúde de idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde em uma capital da Amazônia Ocidental. *Rev Kairós Gerontol.* 2020;23(1):451-69.
12. Boing AC, Peres KG, Boing AF, Hallal PC, Silva NN, Peres MA. EpiFloripa Health Survey: the methodological and operational aspects behind the scenes. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(1):147-62.
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.
14. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001;6(2):5-18.

15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
16. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(6):1043-9.
17. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
18. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Revi Bras Epidemiol.* 2018;21(suppl 2):1-16.
19. Hayashi T, Umegaki H, Makino T, Cheng XW, Shimada H, Kuzuya M. Association between sarcopenia and depressive mood in urban-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Geriatrics Gerontology International.* 2019;1-5.
20. Lozoya SC, Aguilar HC, Gutiérrez EB, Ventura JMB, Valenzuela SC, Hernández, Montes JCT. Depression and geriatric assessment in older people admitted for hip fracture. *Rev Med Chile.* 2019;147:1005-12.
21. Ferreira FG, Gomes LO, Grangeiro AFB, Cintra TR, Mello JLM, Magalhães PRM, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em região metropolitana do Distrito Federal. *Sci Med Porto Alegre.* 2021;31:1-12.
22. Cabral JF, da Silva AMC, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(9):3227-36.
23. Ferreira VN, Chinelato RSC, Castro MR, Ferreira MEC. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicol Soc.* 2013;25(2):410-9.
24. Nievas AF, Furegato ARF, Iannetta O, Santos JLF. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(4):274-9.
25. Barreto ALM, Soares MHG, de Lima MF, Souza LMA, de Aquino JM. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. *Rev Cuid.* 2017;8(1):1499.
26. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d’Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):701-10.
27. Cheung KCK, Chou K-L. Poverty, deprivation, and depressive symptoms among older adults in Hong Kong. *Aging Ment Health.* 2019;23(1):22-9.
28. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2020;44(6):1137-43.
29. Gazalle FK, de 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.
30. Albuquerque DS, Amancio DAR, Gunther IA, Higuchi MIG. Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. *Psicol USP.* 2018;29(3):442-50.
31. Lawton MP. Environmental proactivity and affect in older people. In: Bengtson VL, Schaie KW, Org. *The course of later life.* New York: Springer;1989. p.15-23.
32. Mello AF, Juruena MF, Pariante CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, et al. Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(Supl 1):13-8.
33. Mulasso A, Roppolo M, Giannotta F, Rabaglietti E. Associations of frailty and psychosocial factors with autonomy in daily activities: a cross-sectional study in Italian community-dwelling older adults. *Clin Intervent Aging.* 2016;11:37-45.
34. Fernandes ACT, Lima Filho BF, Silva Patrício IF, Dias FN, Cavalcanti FAC, Gazzola JM. Fatores sociodemográficos e clínico-funcionais em idosos com diabetes mellitus tipo 2 pré-frágeis e frágeis relacionados ao baixo nível de atividade física. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(1):1-13.
35. Pillatt AP, Patias RS, Berlezi EM, Schneider RH. Which factors are associated with sarcopenia and frailty in elderly persons residing in the community? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(6):755-66.