



Análise de Classes Latentes: um novo olhar sobre o fenômeno depressão em homens idosos no nordeste do Brasil

Latent Class Analysis: a new vision of the phenomenon of depression in elderly men in the Brazilian Northeast

820

Rita de Cássia Hoffmann Leão¹
Vanessa de Lima Silva¹
Rafael da Silveira Moreira¹

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência da depressão em homens idosos e fatores associados por meio da Análise de Classes Latentes. **Método:** Estudo epidemiológico, de corte transversal, com avaliação de 162 usuários atendidos na Atenção Básica em comunidade do Recife, Brasil. O instrumento de rastreamento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Foi realizada análise descritiva e Análise de Classes Latentes, que permite a mensuração do fenômeno depressão de forma indireta, sendo a depressão esse fenômeno latente mensurado pelas 15 perguntas/respostas diretamente observadas da escala utilizada e, depois, a regressão logística ordinal. **Resultados:** Idosos com até quatro anos de estudo apresentaram chance 2,43 vezes maior de desenvolver depressão. Aqueles com níveis normais de cortisol tinham menos chances de se tornarem deprimidos e idosos com baixos níveis de vitamina D e de testosterona e altos níveis de hormônio tireoestimulante (TSH), uma chance maior. A prevalência do nível maior da depressão na população estudada foi de 29% estando associada ao baixo grau de escolaridade e às alterações dos dados clínicos investigados. **Conclusão:** O estudo concluiu que as Análises de Classes Latentes apresentaram um olhar inovador sobre o fenômeno depressão e sua relação com fatores associados, permitindo assim, uma melhor e mais ampla abordagem desta, na prática clínica.

Palavras-chave: Saúde do homem. Idoso. Depressão. Epidemiologia. Modelos Logísticos.

Abstract

Objective: to identify the prevalence of depression in elderly men and associated factors using Latent Class Analysis. **Method:** a cross-sectional, epidemiological study evaluating 162. Primary Care users resident in the community in Recife, Brazil, was carried out. The Yesavage Geriatric Depression Scale was used as a screening instrument. The study was based on descriptive analysis and Latent Class Analysis, which allows the indirect measurement of the phenomenon of Depression by measuring the latent phenomenon of depression through 15 directly observed questions/answers from the scale used followed by ordinal logistic regression. **Results:** Elderly men with up to four years of schooling had a 2.43 times greater chance of developing depression. Those with normal

Keywords: Men's Health. Elderly. Depression. Epidemiology. Logistic Models.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil

levels of cortisol were less likely to become depressed while elderly men with low levels of Vitamin D and testosterone and high levels of thyroid stimulating hormones (TSH) were more likely to be depressed. The prevalence of the highest level of depression in the study population was 29% and was associated with low levels of education and alterations in the clinical data investigated. *Conclusion:* The study concluded that Latent Class Analysis allowed an innovative perspective of the phenomenon of depression and its relationship with associated factors, allowing a better and broader approach to this phenomenon in clinical practice.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a depressão como a quarta causa específica de incapacidade social comparativamente a outras doenças durante os anos 90. A previsão para 2.020 é que ela se tornará a segunda causa de incapacidade em países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento, bem como estima que o transtorno será a principal patologia na carga global de doenças no mundo em 2.030¹.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, a prevalência da depressão é maior em mulheres, sendo de 3% a 11% na população, representando um importante problema de saúde pública². Vale salientar que em idosos, a sintomatologia da depressão pode estar relacionada às condições socioeconômicas, culturais e aos aspectos biológicos³. A alta prevalência de depressão em idosos requer atenção especial por seu impacto direto e indireto na piora da saúde do indivíduo. A melhora no índice de diagnóstico, a identificação de casos precocemente e melhor abordagem de quadros depressivos na Atenção Básica passa pelo seu rastreamento sistemático⁴. Isso demonstra a necessidade de uma investigação mais ampla, pelo fato dos mesmos apresentarem características próprias, além de que a depressão não tratada em pacientes com doenças preexistentes tende a ter um curso mais prolongado ou recorrente⁵. A proporção de indivíduos com depressão, bem como sua gravidade, teve aumento proporcional ao aumento da idade, sendo em menor representação no sexo masculino⁶.

Apesar da depressão afetar ambos os sexos, estudos demonstram que há uma menor prevalência desse transtorno entre os homens. Existem controvérsias sobre tal prevalência, pois há uma

diferença entre o número de homens e mulheres que procuram os serviços de saúde⁷. Uma possível explicação pode advir de aspectos culturais de relação de gênero, já que mulheres buscam mais auxílio para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos⁴.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio, e os idosos formam o grupo etário que cometem suicídio com maior frequência. Estima-se que a maioria (75%) das pessoas que se suicidam tiveram consulta com seu médico no mês anterior e, entre um terço e a metade, na semana anterior, por outro motivo que não a depressão. A maioria teve seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado².

Quando acompanhada de ideias suicidas, trata-se de um fator de risco que justifica medidas preventivas e imediatas. Recomenda-se ampliar as formas de diagnosticar e tratar assertivamente a depressão em idosos⁸. Os transtornos psiquiátricos e, mais especificamente, a depressão, são claramente os fatores de risco mais importantes. Os fatores socioambientais, como estilo de vida e isolamento social, não devem ser ignorados⁹.

Pesquisas envolvendo especificamente a temática depressão na população idosa masculina ainda são raras. E por se tratar de um público que culturalmente não está habituado ao acompanhamento ambulatorial em Medicina Preventiva, surgiu a necessidade de um melhor conhecimento.

Este estudo tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados (socioeconômicos, demográficos, de morbidade e clínico-laboratoriais) à depressão em homens idosos assistidos na Atenção Básica.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico de corte transversal desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário VIII, em Recife, Pernambuco, no período de junho a setembro de 2015.

A área coberta pela USF conta com a atuação de três equipes, com um total de 2.699 famílias cadastradas, com aproximadamente 6.300 usuários.

A população em estudo foi formada por idosos do sexo masculino residentes nas áreas cobertas pelas microáreas das três equipes da comunidade do Jordão Alto. Foi considerada pessoa idosa aquela que no momento da coleta de dados apresentou idade de 60 anos ou mais, conforme estipulado pela Legislação Brasileira, sendo identificados 224 indivíduos com essas características.

O estudo foi realizado com o censo da população, sem uso de amostra. Foram incluídos os homens idosos residentes na comunidade do Jordão Alto, sem déficit cognitivos ou deficiências que impedissem sua compreensão e capacidade de responder ao questionário. O cuidador poderia estar presente, porém sem participação nas respostas à entrevista. No caso de idosos analfabetos, a leitura do TCLE foi realizada pelo entrevistador e com a assinatura através da digital. A coleta de dados deu-se por meio de um questionário e de consulta ao prontuário do usuário (onde constam os dados de morbidade e clínico-laboratoriais). Iniciamos com a avaliação pelo mini exame do estado mental (por ser critério de exclusão em caso de comprometimento cognitivo moderado ou grave) e em seguida, a escala de depressão geriátrica de Yesavage com 15 perguntas.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade de Saúde do Jordão Alto, em sala de atendimento médico ou no domicílio do paciente (em local reservado), no caso daqueles idosos que não podiam comparecer à Unidade de Saúde, apenas com a presença da pesquisadora e do usuário (e seu cuidador, quando necessário), independentemente do local escolhido. A captação dos usuários foi feita durante a consulta de rotina já agendada e através de convite para comparecimento à Unidade de Saúde, entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde durante a visita domiciliar.

O registro dos dados laboratoriais foi feito por meio de informações captadas no prontuário. As coletas laboratoriais da Unidade de Saúde são realizadas de rotina, quando solicitadas nas consultas em suas próprias dependências. Os resultados foram analisados de acordo com as referências laboratoriais, em conformidade com as diretrizes da sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia.

Foram utilizados a escala reduzida de Yesavage de Depressão Geriátrica (EGD 15)¹⁰ para rastreamento da sintomatologia depressiva e o mini exame do estado mental (MEEM) como critério de exclusão em caso de comprometimento cognitivo. O MEEM é um dos principais e o mais utilizado instrumento para avaliação cognitiva, principalmente em idosos, sendo indicado para rastreamento de déficit cognitivo. Em relação ao ponto de corte, optou-se por seguir a versão original, com ponto de corte 23¹¹. Sabe-se que o MEEM é influenciado por diversos fatores, destacando-se a escolaridade. Por esse motivo, recomenda-se a utilização de pontos de corte variados e adequados aos diferentes graus de escolaridade da população em estudo¹², porém, até o momento, não há consenso quanto aos pontos de corte para declínio cognitivo no Brasil. A escolaridade tem recebido atenção especial, sendo alvo de análises efetuadas com diferentes amostras, visando-se principalmente a adequação dos pontos de corte¹³. Foi também aplicado um questionário elaborado pelos autores, contendo questões de cunho social, econômico, demográfico, presença de morbidades e informações clínicas.-

O instrumento eleito para o rastreamento da Depressão neste estudo foi a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão com 15 itens (EDG 15)¹⁰, que é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas¹⁴.

Embora o uso da Escala de Depressão Geriátrica seja preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na Atenção Básica, sua aplicação rotineira ocorre apenas em iniciativas locais. A inclusão desse rastreamento pode proporcionar diagnósticos e intervenções precoces e mais precisos, além de diminuir os custos com o sistema de saúde⁴.

Durante o processo de envelhecimento, a capacidade funcional pode ser comprometida por doenças incapacitantes e psicossomáticas, que levam à inatividade física, isolamento social, afetam a qualidade de vida e podem ser fator de risco para óbito⁹. O questionário socioeconômico-demográfico de morbidades e clínica foi elaborado com o objetivo de avaliar a associação desses fatores à sintomatologia depressiva.

Foram consideradas como independentes as variáveis socioeconômicas, demográficas, morbidades e aquelas referentes ao perfil hormonal dos indivíduos pesquisados. Dentre as morbidades estudadas, foram consideradas as mais frequentes apresentadas pelos usuários na Atenção Básica, tais como: Doenças Cardiovasculares, Doenças Reumáticas, Diabetes *Mellitus* e Câncer.

A variável dependente foi escolhida para uma aproximação da caracterização do conceito de depressão nos participantes. Utilizou-se a EDG 15¹⁵, que se trata de um teste para detecção de sintomas depressivos em idosos, composto por 15 perguntas (afirmativas ou negativas), em que o resultado é a soma de respostas: 0 - quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses e 1 - quando a resposta for igual ao do exemplo entre parênteses. Os pontos de corte e classificação segundo a soma desses pontos: *score* de 0 - 4 pontos (ausência de suspeita de depressão); entre 5 -11 pontos (suspeita de depressão) e quando igual ou maior que 12 pontos (caracteriza depressão). Neste sentido, essa variável é composta por 15 perguntas cujas respostas são categóricas e dicotômicas (Sim ou Não), variando de zero a quinze pontos^{10,15}.

Todavia, considerando: a) a limitação que pontos de corte impõem sobre a análise e a impossibilidade de se garantir que pessoas com a mesma pontuação teriam respondido as mesmas perguntas de forma semelhante entre as mesmas; b) a complexidade do objeto (Depressão) e a dificuldade de se medir e de se

observar diretamente o mesmo e c) as 15 perguntas do instrumento tratam de estratégias de se medir indiretamente algo difícil de ser apreendido em uma única medida direta; então optou-se pela realização de Análise de Classes Latentes (ACL), sendo a depressão esse fenômeno latente (não observado diretamente) mas indiretamente mensurado pelas 15 perguntas/respostas diretamente observadas da escala utilizada. Análise de Classes Latentes é um método estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis é explicado por outra variável latente (classe)¹⁶.

Foi realizada uma análise descritiva conforme a natureza das variáveis apresentadas. Após a criação da variável latente “depressão”, a mesma foi utilizada como variável resposta (dependente). A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances (Odds Ratio -OR) com intervalo de confiança de 95%. Para o cálculo da Razão de Chances foi utilizada a regressão logística ordinal, também chamado de modelo de chances proporcionais. Foram realizadas análises simples e múltipla. Na análise simples, foram eletivas para análise múltipla, as variáveis que obtiveram *p*-valor <0,25. Para a regressão múltipla, foi utilizado o método forward e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Quanto aos blocos de análise, as variáveis foram classificadas conforme a Figura 1.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco, com parecer número 1.076.173, de acordo com a resolução 466/12 sobre pesquisas desenvolvidas com seres humanos. A entrevista foi realizada após consentimento, leitura e assinatura do TCLE pelos participantes e autorização da carta de anuência da Prefeitura do Recife para acesso aos usuários.

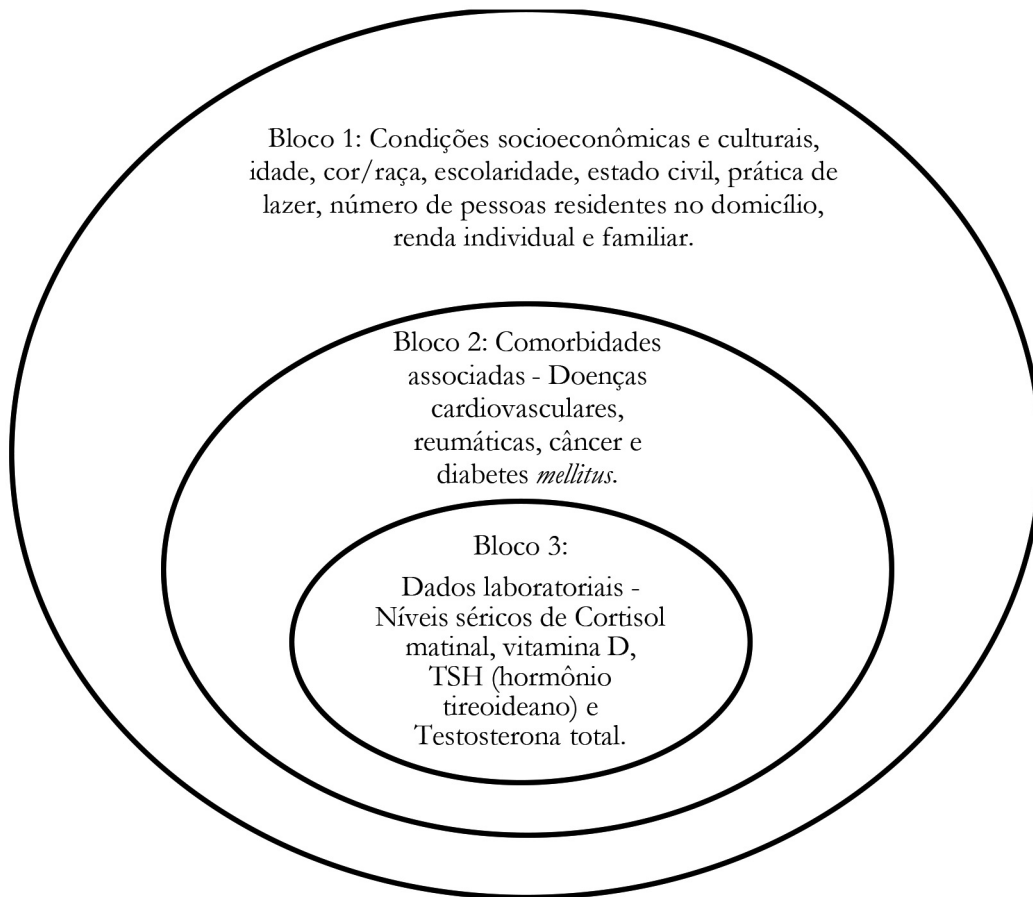


Figura 1. Variáveis independentes quanto aos blocos de análise. Recife, PE, 2015.

RESULTADOS

De um total de 224 homens idosos cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde, 36 usuários entraram nos critérios de exclusão e 26 não foram encontrados em seu endereço no decorrer da pesquisa. Foram entrevistados 162 idosos com idades entre 60 e 102 anos. A idade mediana foi de 69 anos (Intervalos Interquartis de 64 a 78 anos) e a população de cor branca totalizou 26,5%. A posição mediana da idade não causa interferência de valores extremos.

Constatou-se que aproximadamente 83% possui grau de escolaridade baixa (1 a 4 anos) e 15% estudaram por cinco anos ou mais. Quanto ao estado civil, 68% está casado, 6% solteiro e 26% separado ou viúvo.

Em uma análise inicial dos resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (EDG), percebe-se os seguintes perfis: 37% dos idosos entrevistados

apresentaram somatório da pontuação entre zero e quatro, sendo considerados sem suspeita de depressão; 58,6% com pontuação entre 5 e 11 (suspeita de depressão) e 4,4% com pontuação entre 12 e 15, estes considerados com diagnóstico de depressão, conforme classificação estabelecida¹². Entretanto, tais pontos de corte incluem, por exemplo, na mesma categoria, o indivíduo que pontuou 5 e o que pontuou 11, sendo que o primeiro está provavelmente mais predisposto a entrar na linha de análise em que se descarta a suspeita de depressão, em comparação com aquele que pontuou 11 na escala, o qual está mais predisposto a uma confirmação do diagnóstico de depressão.

Neste sentido, a Figura 2 apresenta a frequência absoluta e relativa em cada classe assim como o nome para cada uma delas, segundo o resultado obtido pela ACL. Foram observadas com maior parcimônia quatro classes distintas. Tal distribuição revela uma proporção semelhante (cerca de 29%) nos extremos

(Feliz e motivado; Deprimido e desesperançoso). Em posições intermediárias estão 14,8% de idosos desanimados, porém motivados, e 26,5% considerados como aborrecidos e desamparados.

Na Tabela 1 observa-se as probabilidades de pertencimento em cada classe latente segundo a resposta (Sim ou Não) dada a cada uma das 15 perguntas do questionário GDS.

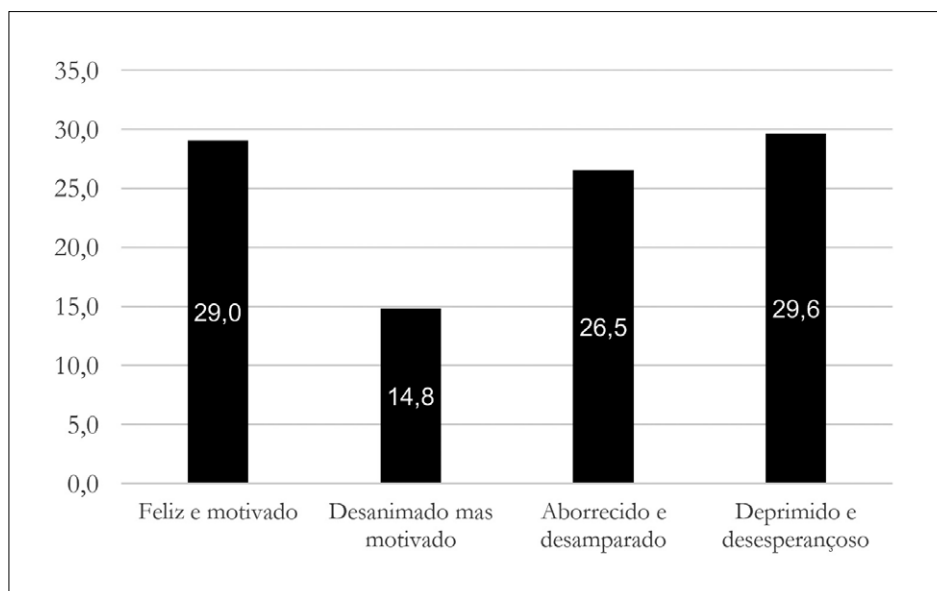


Figura 2. Frequência absoluta e relativa por classe. Recife, PE, 2015.

Tabela 1. Discriminação entre as quatro classes latentes geradas e probabilidades de respostas para as 15 perguntas da escala EDG. Recife, PE, 2015.

Classes Latentes	Feliz e motivado	Desanimado mas motivado	Aborrecido e desamparado	Deprimido e desesperançoso
Não está satisfeito (a) com sua vida?	18,60	84,70	73,40	100,00
Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	91,20	100,00	100,00	100,00
Sente que a vida está vazia?	0,00	20,30	54,00	100,00
Aborrece-se com frequência?	43,00	85,40	100,00	86,50
Não se sente de bem com a vida na maior parte do tempo?	2,20	0,00	27,00	78,80
Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	9,80	84,50	84,70	97,80
Não se sente feliz a maior parte do tempo?	4,60	100,00	0,00	100,00
Sente-se frequentemente desamparado (a)?	38,50	33,20	100,00	72,80
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	82,50	92,40	100,00	100,00
Acha que tem mais perdas de memória que a maioria?	6,60	47,60	13,50	40,50
Não acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0,00	0,00	9,00	28,50
Não vale a pena viver como vive agora?	0,00	0,00	11,20	30,60
Não se sente cheio(a) de energia?	42,90	100,00	93,30	100,00
Não acha que sua situação tem solução?	0,00	0,00	4,50	39,40
Acha que tem muita gente em situação melhor?	86,80	100,00	100,00	89,10

Elaborada pelos autores.

É observado na Tabela 1 que existem três perguntas, cujas respostas foram muito semelhantes para as quatro classes. O fato de diminuir a maior parte das atividades e interesses, preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas e achar que tem muita gente em situação melhor, podem ser percepções comuns em indivíduos idosos, do mais animado ao mais deprimido. Desta forma, não discriminam bem um estado de depressão e não poderiam entrar na soma de um escore, ainda mais com o mesmo peso das outras perguntas.

O teste do qui-quadrado (Tabela 2) mostrou associação entre as duas formas de classificação e a análise dos resíduos padronizados mostrou que houve uma contagem maior do que a esperada (resíduos padronizados maiores do que 1,96 a um nível de significância de 5 entre as classificações extremas de presença e ausência de depressão, em que a concordância foi de 100%. As duas classes latentes intermediárias coincidiram com a classificação de *suspeita de depressão* da escala GDS, porém com perfis distintos nessas áreas limítrofes dos extremos.

Na Tabela 2 pode-se observar que existe uma concordância aumentada entre os indivíduos que, de acordo com a GDS, foram classificados Sem depressão (como *Feliz e Motivado*) assim como os Com depressão (como *Deprimidos e desesperançosos*). Existe uma zona intermediária que a GDS classifica como Suspeita de depressão, que quando se faz apenas uma pontuação de escores, perde-se a sutileza para o perfil de classes. Com relação à especificidade e sensibilidade à GDS, a Tabela 2 mostra essa concordância entre ACL e GDS. Não foi objetivo deste estudo comparar as ACL a nenhum padrão-ouro no rastreamento ou diagnóstico de Depressão, mas auxiliar um instrumento já validado na melhor definição das suas categorias.

Os resultados dos modelos simples e múltiplo de regressão logística ordinal em cada bloco são apresentados na Tabela 3. O valor de p e o Intervalo de Confiança (IC) de 95% foi estimado pelo teste de Wald. Na análise múltipla percebe-se resultados semelhantes, em que se destacam o grau de escolaridade e dados laboratoriais como fatores associados à Depressão na população estudada.

Tabela 2. Associação entre as duas formas de classificação da Depressão Teste do qui-quadrado e Análise de Resíduos Padronizados. Recife, PE, 2015.

Análise de Classes Latentes		Escala EDG*			Total
		Sem depressão	Suspeita de depressão	Deprimido	
Feliz e motivado	n	22	25	0	47
	% Linha	46,80	53,20	0,00	100,00
	% Coluna	100,00	21,60	0,00	29,00
	Resíduo padronizado	7,9	-3,3	-3,4	
Desanimado mas motivado	n	0	24	0	24
	% Linha	0,00	100,00	0,00	100,00
	% Coluna	0,00	20,70	0,00	14,80
	Resíduo padronizado	-2,1	3,3	-2,2	
Aborrecido e desamparado	n	0	43	0	43
	% Linha	0,00	100,00	0,00	100,00
	% Coluna	0,00	37,10	0,00	26,50
	Resíduo padronizado	-3	4,8	-3,2	

continua

Continuação da Tabela 2

Análise de Classes Latentes		Escala EDG*			Total
		Sem depressão	Suspeita de depressão	Deprimido	
Deprimido e desesperançoso	n	0	24	24	48
	% Linha	0,00	50,0	50,00	100,00
	% Coluna	0,00	20,70%	100,00	29,60
	Resíduo padronizado	-3,3	-4	8,2	
Total	n	22	116	24	162
	% Linha	13,60	71,60	14,80	100,00
	% Coluna	100,00	100,00	100,00	100,00
	% do Total	13,60	71,60	14,80	100,00

*Teste qui-quadrado ($p < 0,05$); EDG – Escala de Depressão Geriátrica**Tabela 3.** Resultados para a depressão a partir dos modelos simples e múltiplos de regressão logística ordinal. Recife, PE, 2015.

Variáveis independentes de cada bloco	Simples			<i>p</i> -valor	Múltiplo			<i>p</i> -valor
	OR	IC 95%			OR	IC 95%		
		Inf	Sup			Inf	Sup	
Bloco 1								
Idade < mediana (69)	1,00							
Idade ≥ mediana (69)	1,37	0,78	2,39	0,265				
Branco	1,00							
Não branco	1,49	0,78	2,83	0,225				
Sem escolaridade	1,97	0,87	4,43	0,100	1,90	0,76	4,70	0,166
Até 4 anos de estudo	1,74	0,79	3,82	0,167	2,43	1,01	5,89	0,048
5 anos ou mais de estudo	1,00				1,00			
Renda individual < mediana 790	1,20	0,67	2,14	0,529				
Renda individual ≥ mediana 790	1,00							
Renda familiar < mediana-1580	1,08	0,62	1,88	0,788				
Renda familiar ≥ mediana-1580	1,00							
Possui lazer	1,00							
Não possui lazer	1,50	0,86	2,62	0,152				
N.pessoas/cômodo < mediana 2	1,45	0,77	2,73	0,239				
N.pessoas/cômodo ≥ mediana 2	1,00							
Solteiro	1,00							
Casado	2,21	0,64	7,58	0,206				
Separado ou viúvo	2,28	0,61	8,45	0,218				
Bloco 2								
Possui doenças cardíacas	1,23	0,65	2,32	0,522				
Não possui doenças cardíacas	1,00							
Possui doenças reumatológicas	0,97	0,53	1,77	0,920				
Não possui doenças reumatológicas	1,00							

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis independentes de cada bloco	Simples				Múltiplo			
	OR	IC 95%		<i>p</i> -valor	OR	IC 95%		<i>p</i> -valor
		Inf	Sup			Inf	Sup	
Possui diabetes	0,86	0,47	1,57	0,625				
Não possui diabetes	1,00							
Possui câncer	0,82	0,21	3,16	0,775				
Não possui câncer	1,00							
Bloco 3								
Baixo nível de Vitamina D	14,14	6,18	32,32	<0,001	10,33	4,06	26,27	<0,001
Normal nível de Vitamina D	1,00				1,00			
Baixo nível de TSH*	1,00				1,00			
Normal nível de TSH	3,68	0,34	39,45	0,280	11,31	0,97	131,98	0,053
Alto nível de TSH	12,10	1,10	132,53	0,041	15,73	1,30	189,95	0,030
Baixo nível de cortisol	1,00				1,00			
Normal nível de cortisol	0,26	0,14	0,50	<0,001	0,34	0,17	0,69	0,003
Alto nível de cortisol	0,53	0,23	1,17	0,120	0,55	0,22	1,37	0,200
Baixo nível de testosterona	7,73	3,89	15,36	<0,001	3,24	1,41	7,42	0,005
Normal nível de testosterona	1,00				1,00			

*TSH = Hormônio Tireoestimulante

No que se refere ao grau de escolaridade, pode-se afirmar que os idosos que não possuem escolaridade tem uma chance (embora não significativa) de 90% para desenvolverem sintomas depressivos, e os que possuem até 4 anos de estudos, uma chance de 2,43 vezes maior em relação aos que possuem 5 anos ou mais de estudo. Na análise dos dados laboratoriais observam-se que baixos níveis séricos de vitamina D e testosterona estão associados à depressão nesses idosos, assim como níveis séricos altos ou normais de TSH também contribuem para uma predisposição à depressão nesses indivíduos. A leitura do Cortisol sérico em níveis normais “protegem” o indivíduo em 66% de chance de não desenvolver sintomas depressivos.

DISCUSSÃO

As alterações fisiológicas, bioquímicas e sociais que esses indivíduos sofrem no decorrer do processo de envelhecimento devem ser bem conhecidas para que haja um melhor atendimento às necessidades específicas dessa faixa etária. A depressão em idosos é considerada uma doença secundária em relação a doenças crônicas, podendo estar relacionada com o

fim da carreira profissional, surgimento de doenças crônicas e abandono por parte de familiares¹⁷.

O fato de homens relatarem menos sintomas depressivos contribui para a falsa ideia de que os Transtornos Depressivos acometam menos o sexo masculino. Nos últimos anos, o número de homens internados pela depressão aumentou, segundo estudo realizado em um hospital psiquiátrico de cuidado terciário, filantrópico, de médio porte, em Minas Gerais¹⁸.

Observou-se neste estudo que tanto os dados clínicos quanto a escolaridade apresentaram efeitos significantes e independentes sobre a depressão. Os idosos sem grau de escolaridade apresentaram 90% de probabilidade de se tornarem deprimidos, enquanto que nos que tem até 4 anos de estudo, a chance é de 2,43 vezes maior em relação aos que têm 5 anos ou mais de estudo. Outro estudo realizado com população idosa no Sul do Brasil¹⁹, percebeu que aqueles com menor grau de escolaridade apresentaram médias estatisticamente maiores ($p < 0,05$) de sintomas depressivos. Em estudo transversal realizado por Brischiliari²⁰ para avaliar DCNT, evidenciou-se que essas foram mais prevalentes nos idosos e nos

indivíduos com baixa escolaridade, fato também evidenciado em estudo de Paula et al.²¹ mostrou que a sintomatologia depressiva foi mais evidenciada entre os idosos mais jovens, as mulheres e os menos escolarizados. No que se refere aos dados clínico-laboratoriais deste estudo, observou-se quatro fatores relevantes relacionados ao público entrevistado: 1) Os idosos que apresentaram níveis normais de cortisol têm 66% menos chances de se tornarem deprimidos; 2) Os que apresentaram hipovitaminose D, apresentam uma chance maior que 10 vezes de ter depressão; 3) Aqueles com baixos níveis de testosterona total, apresentam uma tendência 2,24 vezes maior para se tornarem depressivos; 4) Os valores altos de TSH apresentaram 15 vezes mais predisposição a se tornarem deprimidos.

A vitamina D também exerce um papel importante na temática Depressão. Foi verificado que a depressão está fortemente associada com menores níveis séricos de vitamina D, mesmo após o ajuste para idade, sexo, índice de massa corporal, tabagismo, estado de saúde, nível de atividade física e nível de urbanização²².

A população geriátrica é mais sensível à hipovitaminose D, e esta ocorre por vários motivos, dentre eles, por ingesta inadequada, por uma exposição menor ao sol e devido à polifarmácia interferindo na metabolização da vitamina D²³. Estudo realizado na Austrália buscou explorar associação entre níveis séricos de vitamina D e uma grande variedade de condições de saúde para identificar uma faixa ótima para concentrações de vitamina D, constatou que em homens a partir de 70 anos, esta fica entre 50,0 e 74,9 nmol/l, sem adicional benefício para níveis acima disso²⁴.

Neste estudo, a população com níveis séricos altos de hormônio tireoestimulante (TSH), apresentaram uma chance 15 vezes maior de desenvolver quadro clínico depressivo em relação aos idosos que apresentaram TSH com níveis séricos baixos²⁵. A associação de depressão com hipotireoidismo franco é descrita na literatura científica. A incidência do hipotireoidismo aumenta a partir dos 60 anos, com frequência que varia de 0,5% a 5% nos casos de hipotireoidismo franco e de 15% a 20% nos casos de hipotireoidismo subclínico. As concentrações de hormônios da tireoide estão associadas com a gravidade da depressão e podem ter um impacto no resultado clínico final²⁶.

Contudo, para um diagnóstico de hipotireoidismo, seria necessário a avaliação de outros hormônios tireoideanos, embora a associação neste estudo entre TSH e predisposição à depressão tenha sido estatisticamente significativa.

A população deste estudo que apresentou níveis normais do hormônio Cortisol mostrou-se com 66% de chance de não desenvolver sintomas depressivos, quando comparados aos indivíduos com nível baixo desse hormônio.

A população analisada neste estudo que apresenta baixos níveis de testosterona total (quando comparados com os níveis normais) está relacionada a uma chance de desenvolver depressão em 2,24 vezes mais, corroborando estudos realizados por alguns autores, em que fatores psicológicos foram relacionados com níveis de testosterona abaixo do normativo em homens numa faixa etária idêntica à da nossa população em estudo^{27,28}.

O instrumento de rastreamento utilizado foi a EDG-15. Foi observado que três perguntas (Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? e Acha que tem muita gente em situação melhor?) podem ser parte da realidade de muitos idosos, sem que necessariamente isso signifique sintomatologia depressiva, podendo apenas ser um reflexo da sua situação socioeconômica ou familiar, semelhante ao observado em outro estudo²⁹. Essas perguntas possuem o mesmo peso que outras mais direcionadas ao diagnóstico de depressão, o que torna mais frágil sua análise principalmente nos pontos de corte.

De acordo com as Análises de Classes Latentes foram criadas quatro classes ordinais com os resultados obtidos: *Feliz e motivado*, *Desanimado mas motivado*, *Aborrecido e desamparado* e *Deprimido e desesperançoso*, (com distribuição proporcional semelhante nos extremos, 29% cada), para uma melhor avaliação dos resultados. Esta análise permitiu uma nova forma de avaliação para classificação e rastreamento da sintomatologia depressiva nos idosos, superando a limitação típica dos pontos de corte tradicionalmente utilizados.

Bretanha et al.³⁰ concluíram em seus estudos que a alta prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de

prevenção, com foco nas práticas que promovam o envelhecimento ativo, contribuindo para a melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida. Observamos a necessidade de ampliar este estudo, considerando-se a importância dos fatores psicossociais que também podem estar associados à depressão e que não foram aprofundados no presente.

Devido a transversalidade do estudo, não foi possível estabelecer uma associação de causalidade. A limitação que pontos de corte impõe sobre a análise e a impossibilidade de se garantir que pessoas com a mesma pontuação teriam respondido às mesmas perguntas de forma semelhante entre elas, limitam a abordagem tradicional do instrumento utilizado.

A imposição de pontos de corte para a classificação diagnóstica da depressão permanece como uma limitação típica desse tipo de mensuração, especialmente, nas pontuações limítrofes entre uma categoria e outra, além da ausência de pesos entre as diferentes perguntas utilizadas.

Adicionalmente, a Depressão configura-se como um objeto de estudo complexo e de difícil observação/mensuração. Paralelamente, as 15 perguntas do instrumento tratam-se de estratégias para se medir indiretamente algo difícil de ser apreendido em uma única medida direta. Todavia, a realização de Análise de Classes Latentes (ACL), representou um aspecto inovador na discussão desse emblemático fenômeno, cada vez mais presente entre os idosos, porém, pouco estudado na perspectiva de gênero.

CONCLUSÃO

O estudo concluiu que as Análises de Classes Latentes apresentou um olhar inovador sobre o fenômeno Depressão, que mostrou uma prevalência de 29% na população estudada, com expressivas associações socioeconômico, demográfica e clínica.

Raros são os estudos que se propõe a investigar a depressão na população idosa masculina e seus correlatos associados. Este estudo representa uma oportunidade de um entendimento da Depressão por meio da Análise de Classes Latentes, em que a Depressão configura um fenômeno não observado diretamente. Entrementes, pode ser mensurado por

meio da maior probabilidade de pertencimento a um determinado perfil de respostas, provenientes na Escala de Depressão Geriátrica utilizada.

Neste sentido, propôs-se a identificar a prevalência e os fatores associados à depressão em homens idosos, assistidos na Atenção Básica. O aumento da quantidade dos sintomas depressivos na população estudada foi associado ao baixo grau de escolaridade e às alterações dos dados clínicos investigados. Além disso, níveis intermediários de depressão foram observados.

Cabe neste contexto, um olhar diferenciado aos idosos residentes nessa e em comunidades semelhantes, com inclusão nas agendas, de atividades educativas em saúde e investimento na melhoria dos serviços oferecidos, por meio da ampliação de conhecimentos gerontológicos para as equipes multi e interdisciplinares, bem como o envolvimento da família e sociedade, contribuindo para um diagnóstico precoce e condução adequada do tratamento.

Surge então um novo cenário na prática clínica. A percepção dos sinais e sintomas de depressão nos idosos (bem como a observação das variáveis relacionadas) e em especial no homem idoso, é um grande desafio para os profissionais e fundamental para o trabalho de prevenção de agravos e intervenções corretas.

A saúde do homem idoso precisa ser bem avaliada. Ressalta-se aqui a importância da realização de novos estudos na área Geriátrico-Gerontológica, com a finalidade de acolher mais e melhor esses idosos, bem como da qualificação e capacitação das equipes de saúde, que para atender a tal demanda, deve haver investimentos constantes nos Serviços de Saúde. Como consequência, pode-se ter uma população idosa masculina mais saudável e com maior expectativa de vida.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a todos os idosos participantes deste estudo e ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, pela possibilidade da realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [acesso em 16 set. 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R8-en.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS; 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 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):2191-8.
- Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Neto AC. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):368-77.
- Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):80-5.
- Silva ER, Souza 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(6):1387-93.
- Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(2):74-9.
- Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2985-94.
- Pitchot W. Le suicide chez la personne âgée. *Rev Med Liege*. 2014;69(5-6):390-4.
- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5(1-2):165-73.
- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- Souza JGS, Soares LA, Souza TCS, Pereira AR, Souza AGS. Miniexame do estado mental: capacidade psicométrica e formas de avaliação. *Rev APS*. 2014;17(1):101-5.
- Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3865-76.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
- Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
- Silva Junior CA. Epidemiologia dos subtipos de depressão: análise de classes latentes dos sintomas depressivos em uma amostra populacional da região Metropolitana de São Paulo [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2012 [acesso em 01 dez. 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-01102012-162421/>
- Almeida MASO, Lemes AG, Nascimento VF, Fonseca PIMN, Rocha EM, Volpato RJ, et al. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]*. 2015 [acesso em 26 jun. 2016];39(3):627-41. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1895/1263>
- Silva AG, Silva JJ, Salomé HS, Machado RM. Depressão masculina: um estudo sobre as internações na região centro-oeste de Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):275-81.
- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):365-71.
- Brischiliari SCR, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(1):536-7.
- Paula AFM, Ribeiro LHM, D' Eboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(3):212-8.
- Hoogendijk WJG, Lips P, Dik MG, Deeg DJH, Beekman ATF, Penninx BWJH. Depression is associated with decreased 25-Hydroxyvitamin D and increased Parathyroid Hormone levels in older adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):508-12.

23. Fisberg RM, Marchioni DML, Castro MA, Verley Junior E, Araujo MC, Bezerra IN, et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):222-30.
24. Hirani V, Cumming RG, Naganathan V, Le Couteur DG, Handelsman DJ, Waite LM. Associations between serum 25-hydroxyvitamin D concentrations and multiple health conditions, physical performance measures, disability, and all-cause mortality: the Concord Health and Ageing in Men Project. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(3):417-25.
25. Freitas MC, Campolina AG, Ribeiro RL, Kitadai FT. Comparação de função cognitiva e depressão em pacientes hipotireoideos subclínicos com eutiroideos e hipotireoideos em tratamento, acima de 65 anos. *Rev Bras Clin Med*. 2009;7(2):89-94.
26. Berent D, Zboralski K, Orzechowska A, Galecki P. Thyroid hormones association with depression severity and clinical outcome in patients with major depressive disorder. *Mol Biol Reports*. 2014;41(4):2419-25.
27. Shores M, Moceri M, Sloan L, Matsumoto M, Kivlahan R. Low testosterone levels predict incident depressive illness in older men: effects of age and medical morbidity. *J Clin Psychiatr*. 2005;66(1):7-14.
28. Mullian T, Frick M, Zuraw C, Stemhagen A, Mcwhirter C. Prevalence of hypogonadism in males aged at least 45 years: the HIM study. *Int J Clin Pract*. 2008;60(7):762-9.
29. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, D'Orsis E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10.
30. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1-12.

Recebido: 15/12/2016

Revisado: 30/05/2017

Aprovado: 26/10/2017