

**Luiz Henrique Batista Monteiro<sup>1</sup>** Enfermeiro pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM. E-mail: luizhbmonteiro@gmail.com

**Paulo Filipe de Mello<sup>2</sup>** Enfermeiro pela PUC Minas. Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM. E-mail: pfimello@gmail.com

**Renata Di Pietro Carvalho<sup>3</sup>** Enfermeira pela UFVJM. Pós-graduada em especialização em Saúde da Família pela UFMG- Nescon. Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela UFVJM. E-mail: renatadipietro.ufvjm@gmail.com

**Rosana Passos Cambraia<sup>4</sup>** Graduada em Ciências Agrárias pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Mestre e Doutora em Psicobiologia pela USP-RP. E-mail: rosa.cambraia@ufvjm.edu.br

**Renata Aline de Andrade<sup>5</sup>** Graduada em Farmácia e Bioquímica e Mestre em Imunologia pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Pós-Doutora em Atenção Farmacêutica pela Universidad de Granada, Espanha. E-mail: renata.andrade@ufvjm.edu.br

## **RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*TRACKING OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS IN ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE*

### **RESUMO**

Este estudo objetivou estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos não institucionalizados cadastrados em Estratégias Saúde da Família da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Tratou-se de estudo observacional, analítico, de corte transversal e base populacional. A prevalência de sintomas depressivos foi identificada pelo uso da Escala de Depressão Geriátrica, e foram testadas variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e funcionalidade familiar. Para efeito de análise, empregou-se a razão de chance, para verificação dos fatores associados ao desfecho. Participaram do estudo 313 idosos. A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 21,2% e esteve associada às variáveis sexo feminino, autopercepção da saúde regular/ruim/muito ruim, uso de bebida alcoólica na vida, sentimento de tristeza ou solidão, e moderada/elevada disfuncionalidade familiar. Conforme os resultados a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos entre os participantes estão de acordo aos achados de outros estudos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Depressão. Idoso. Saúde coletiva. Saúde mental.

### **ABSTRACT**

This study aimed to estimate the prevalence of depressive symptoms and their associated factors in non-institutionalized elderly people registered in Family Health Strategies in the urban area of a central municipality in Vale do Jequitinhonha in Minas Gerais. This is an observational, analytical, cross-sectional and population-based study. The prevalence of depressive symptoms was identified using the Geriatric Depression Scale, and we tested sociodemographic variables, health conditions, lifestyle and family functionality. For the purpose of analysis, the odds ratio was used to verify the factors associated with the outcome. 313 elderly people participated in the study. The prevalence of depressive symptoms was 21.2% and has been associated with the variables female gender, self-perception of regular/bad/very bad health, use of alcohol in life, sadness and loneliness, and moderate/high family dysfunctionality. According to the results, the prevalence and factors associated with depressive symptoms among the participants are in agreement with the findings of other studies.

**KEYWORDS:** Aged. Collective health. Depression. Mental health. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

Presume-se que cerca de 28,4% da população idosa mundial conviva com depressão (HU et al., 2022). Em nível nacional, estima-se que a prevalência de depressão em idosos de 60 a 64 anos seja de 40,3% e para idosos com 75 anos ou mais de 67% (MENEGUCI et al., 2019). As idosas estão mais susceptíveis (LUITEL et al., 2018).

No tocante aos transtornos depressivos, estes englobam o transtorno depressivo maior, o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo persistente, depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno. Encontram-se nesses transtornos o humor triste vazio ou irritável, sendo acompanhado por alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo. E as características que os diferem relacionam-se quanto a duração, ao momento ou causa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nos idosos, a presença de depressão maximiza a probabilidade para o aparecimento e evolução de incapacidade funcional e necessidade de assistência de saúde (TAYAA et al., 2020). Trajetórias de sintomas depressivos sem recuperação podem prever incapacidade funcional e mortalidade em populações mais velhas aparentemente saudáveis, o qual evidencia a importância do monitoramento dos sintomas depressivos no cuidado geriátrico (MURPHY et al., 2016; TAYAA et al., 2020). A depressão é responsável pelo comprometimento da qualidade de vida (ASCEF et al., 2017; TAYAA et al., 2020). Além disso, é um importante fator de risco para a ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado (SANTOS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018; TAYAA et al., 2020).

Assim, destaca-se a importância da identificação, prevenção e promoção da saúde, com vistas a melhorar o bem-estar e qualidade de vida da população idosa (BORIM et al., 2014). Para tanto, o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) é propício para a detecção dos sintomas depressivos, e início precoce do tratamento (SILVA et al., 2017; LUITEL et al., 2018). Sendo, assim, a depressão é comumente subdiagnosticada em idoso, logo, é necessário elucidar os fatores de risco e de proteção (MAIER et al., 2021).

A partir do exposto, a investigação objetivou estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos não institucionalizados cadastrados em Estratégias Saúde da Família (ESF) da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais.

## MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, analítico, transversal e de base populacional, concebido com idosos de ambos os sexos. A pesquisa ocorreu na área de abrangência de seis ESF's da zona urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2018 a maio de 2019.

O cálculo amostral foi efetuado no OpenEpi (Versão 3.01). Considerou-se a população total de 1.791 idosos cadastrados nas ESF's da área urbana, de acordo com a Ficha do E-Sus, prevalência antecipada de 23,9% (BORGES et al., 2013) nível de significância de 95% ( $\alpha = 0,05$ ), erro de estimativa de 5%, efeito de desenho de 1.0 (10%). Ao valor deste cálculo, acrescentou-se 30% para perdas e controle de fatores de confusão, obtendo a amostra do respectivo trabalho foi constituída por 313 participantes.

Os critérios de inclusão foram: a) idade igual ou superior a 60 anos; b) ambos os sexos; c) ausência de déficit auditivo ou cognitivo que dificultasse a compreensão das perguntas; d) domicílio na área de abrangência das EFS's da zona urbana do local da

pesquisa; e) residência em microárea com Agente Comunitário de Saúde (ACS) e f) idosos que não estivessem usando substâncias psicoativas no momento das visitas. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: a) residir em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI); b) indivíduos que apresentassem estado aparente de confusão mental; c) indivíduos que apresentavam déficit cognitivo e auditivo para responder os questionamentos, d) pessoas que se recusaram a participar ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e e) idosos que não foram encontrados em seus domicílios após três tentativas.

Os idosos foram selecionados mediante amostragem aleatória sistemática estratificada, com base no cadastro desta população no e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Assim, foi realizada a distribuição de modo proporcional ao quantitativo de idosos por ESF. No processo de aleatorização, a cada quatro casas um idoso foi convidado a participar do estudo. Nas residências em que havia mais de um idoso, o questionário foi aplicado ao mais velho. Antecedendo o início da coleta, foi realizada reunião com os ACS e com as enfermeiras de cada ESF, com o intuito de apresentação da pesquisa.

Para a coleta de dados, adotou-se o questionário do estudo EpiFloripa Idoso 2013/2014 (BORGES et al., 2013; BORGES, 2014) adaptado para a realidade local e aos objetivos da pesquisa. Além desse instrumento, que contemplavam as questões sociodemográficas, hábitos de vida, condição e avaliação da saúde, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica versão abreviada – EDG-15 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999); assim como o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (BRUCKI et al., 2003), Questionário Internacional de Atividade Física (PARDINI et al., 2001) e o APGAR de família (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982). O tempo médio para aplicação dos questionários foi de aproximadamente 40 minutos.

O instrumento MEEM avalia a função cognitiva e suas notas de corte dependem do nível educacional da pessoa que responde: analfabetos (20); 1 a 4 anos de escolaridade (25); 5 a 8 anos de escolaridade (26,5), 9 a 11 anos e (28)  $\geq$  11 anos (29) (BRUCKI et al., 2003). Já o questionário Internacional de Atividade Física, visa identificar a prática de atividades físicas de lazer, recreação, exercício e esporte (PARDINI et al., 2001). O APGAR de família é um acrônimo (palavra formada pela primeira letra de cada item), sendo assim origina-se de cinco domínios: Adaptation (adaptação), Partnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutive). A somatória final do questionário alterna de zero a dez pontos: 0 a 4 pontos = elevada disfuncionalidade familiar; 5 e 6 pontos = moderada disfunção familiar e 7 a 10 pontos = boa funcionalidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982).

Para caracterização dos idosos participantes deste estudo, as seguintes variáveis sociodemográficas foram analisadas: sexo, faixa etária, estado marital, cor da pele, escolaridade, tem cuidador, reside com quem, tem algum tipo de renda, aposentado, pensionista, se trabalha atualmente, moradia, renda pessoal e renda familiar. Para descrição dos diagnósticos de comorbidades relatadas pelos idosos foram consideradas as seguintes variáveis: problema na coluna, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes mellitus, bronquite ou asma, doença cardíaca, Insuficiência Renal Crônica (IRC), tuberculose, cirrose, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Osteoporose, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), doença pulmonar, colesterol alto, doenças oculares e alteração prostática (BORGES et al., 2013; BORGES, 2014).

A variável desfecho desta investigação foi a “presença de sintomas depressivos”, obtida a partir da aplicação da EDG-15, sendo seu escore cinco (não caso) e seis (caso) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). As variáveis preditoras foram: sexo, faixa etária, estado conjugal, saber ler e escrever, situação financeira atual comparada quando tinha 50 anos de idade, autopercepção do sono, autopercepção da saúde, uso de tabaco e uso

de bebida alcoólica na vida, frequente grupo religioso, relato de tristeza ou solidão (BORGES et al., 2013; BORGES, 2014). Foram analisadas ainda as variáveis escore sugestivo de déficit cognitivo (BRUCKI et al., 2003), a prática de exercício físico (PARDINI et al., 2001), a funcionalidade familiar (SMILKSTEIN, 1978; SMILKSTEIN; ASHWORTH; MONTANO, 1982) e a polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos (LINJAKUMPU, 2002).

Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0. Variáveis numéricas contínuas foram descritas por média e desvio padrão (DP).

Com as variáveis categóricas realizou-se análise univariada entre a variável desfecho e as potenciais variáveis preditoras. As variáveis que tiveram  $p < 0,10$  foram incluídas na análise multivariada, estimando as razões de chance (Odds ratio) e seus respectivos IC 95%. Valores com  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), sob protocolo nº 2.268.447/2017.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 313 idosos, e em razão da inconsistência e incompletude dos dados, foram excluídos dois questionários. Sendo assim, foram analisadas as respostas de 311 idosos, com idade de 60 a 96 anos, com média de 71,8 anos (Desvio padrão [DP]  $\pm 8,5$ ). A média de estudos entre os participantes foi de 5,2 anos (DP  $\pm 4,7$ ) e a média da renda foi de R\$ 1.808, 59 (DP  $\pm 1.936,81$ ). A prevalência de sintomas depressivos na população foi de 21,2%, com 17,3% identificados com sintomas leves e 3,9% com sintomas graves.

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos idosos participantes do estudo, destacando –se as prevalências sexo feminino (62,1%), faixa etária de 60 a 69 anos (46,3%), ser casado ou amasiado (46,6%), cor da pele parda (63,3%), escolaridade de 1 a 4 anos (47,6%), residir com família ou amigos (87,4%), possuir algum tipo de renda (92,9%), aposentado(a) (70,1%), moradia própria (89,1%), renda pessoal  $\leq 1$  salário mínimo (43,8%), renda familiar 2,5 salários mínimos (40,5%).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos idosos não institucionalizados. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.**

Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	118 (37,9)
Feminino	193 (62,1)
<b>Faixa etária, em anos</b>	
60 a 69	144 (46,3)
70 a 79	109 (35,0)
80 ou mais	58 (18,7)
<b>Estado marital</b>	
Casado(a)/Amasiado(a)	145 (46,6)
Viúvo(a)	110 (35,4)
Solteiro(a)	30 (9,6)
Divorciado(a)/Separado(a)	26 (8,4)
<b>Cor da pele autorreferida</b>	
Branca	53 (17,0)
Parda	197 (63,3)
Negra ou preta	55 (17,7)
Amarela	6 (2,0)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	56 (18,0)
1 a 4 anos	148 (47,6)
5 a 8 anos	44 (14,1)
9 a 11 anos	35 (11,3)
12 anos ou mais	28 (9,0)
<b>Tem cuidador</b>	
Não	273 (87,8)
Sim	38 (12,2)
<b>Reside com</b>	
Família/cunhados/amigos(as)	272 (87,4)

Continua

continuação

Sozinho(a)	35 (11,3)
Cuidador(a)	4 (1,3)
<b>Tem algum tipo de renda</b>	
Não	22 (7,1)
Sim	289 (92,9)
<b>Aposentado</b>	
Não	93 (29,9)
Sim	218 (70,1)
<b>Pensionista</b>	
Não	224 (72,0)
Sim	87 (28,0)
<b>Trabalha atualmente</b>	
Não	265 (85,2)
Sim	48 (14,8)
<b>Moradia</b>	
Própria	277 (89,1)
Alugada	16 (5,1)
Cedida	18 (5,8)
<b>Renda pessoal, em salário mínimo (SM)**</b>	
Sem renda	21 (7,0)
≤ 1 SM	132 (43,8)
≤ 2 SM	75 (24,9)
≤ 3 SM	30 (10,0)
> 3 SM	43 (14,3)
<b>Renda familiar, em salário mínimo SM)**</b>	
≤ 1 SM	32 (11,0)
≤ 2,5 SM	117 (40,5)
≤ 4 SM	74 (25,6)
> 4 SM	66 (22,9)

\*Número de respostas válidas para a questão; a: Salário mínimo vigente: R\$998,00.

Fonte: Os autores

A tabela 2, evidência os diagnósticos das comorbidades relatadas pelos idosos em algum momento da vida. As mais prevalentes foram HAS (70,4%) e colesterol alto (56,6%), problema de coluna (46,9%) e artrite ou reumatismo (41,2%).

**Tabela 2 - Caracterização do diagnóstico de comorbidades em algum momento da vida, segundo relatos dos participantes. Cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.**

Variáveis	N (%)
<b>Problema na coluna</b>	
Não	165 (53,1)
Sim	146 (46,9)
<b>Artrite ou reumatismo</b>	
Não	183 (58,8)
Sim	128 (41,2)
<b>Câncer</b>	
Não	286 (92,0)
Sim	25 (8,0)
<b>Diabetes mellitus</b>	
Não	244 (78,5)
Sim	67 (21,5)
<b>Bronquite ou asma</b>	
Não	263 (84,6)
Sim	48 (15,4)
<b>Doença cardíaca<sup>a</sup></b>	
Não	245 (78,8)
Sim	66 (21,2)
<b>IRC</b>	
Não	297 (95,5)
Sim	14 (4,5)
<b>Tuberculose</b>	
Não	300 (96,5)
Sim	11 (3,5)
<b>Cirrose</b>	
Não	309 (99,4)
Sim	2 (0,6)
<b>AVC</b>	
Não	289 (92,9)
Sim	22 (7,1)
<b>Osteoporose</b>	
Não	256 (82,3)

Continua

Continuação

Sim	55 (17,7)
<b>HAS</b>	
Não	92 (29,6)
Sim	219 (70,4)
<b>DORT</b>	
Não	263 (84,6)
Sim	46 (15,4)
<b>Doença pulmonar<sup>b</sup></b>	
Não	248 (79,7)
Sim	63 (20,3)
<b>Colesterol alto</b>	
Não	135 (43,4)
Sim	176 (56,6)
<b>Doença oculares<sup>c</sup></b>	
Não	266 (85,5)
Sim	45 (14,5)
<b>Alteração prostática<sup>a</sup></b>	
Não	97 (82,2)
Sim	21 (17,8)

a: Infarto, Angina, insuficiência Cardíaca e outras; b: enfisema pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Pneumonia; c: Catarata, Glaucoma, Síndrome do Olho Seco e Deficiência Visual Congênita.

\*Número de respostas válidas para a questão.

Fonte: Os autores

A tabela 3 apresenta a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos entre os idosos participantes. Os fatores associados à variável desfecho “Presença de Sintomas depressivos” foram: sexo feminino, autopercepção negativa da saúde, uso de bebida alcoólica em algum momento da vida, relato de tristeza e solidão e moderada/elevada disfuncionalidade familiar.

**Tabela 3 – Prevalência de sintomas depressivos em idosos e fatores associados. Cidade polo do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.**

Variável	PSD*		OR bruta	Valor de p	OR ajustada†	Valor de p
	n/total	%	(IC95%)		(IC 95%)	
<b>Sexo</b>						
Masculino	18/118	27,3	1,0		1,0	
Feminino	48/193	72,7	1,83 (1,01-3,34)	0,04	3,01 (1,17-8,19)	0,02
<b>Faixa etária</b>						
< 75 anos	37/209	56,1	1,0		1,0	
≥ 75 anos	29/102	43,9	1,84 (1,05-3,22)	0,03	1,21 (0,53-2,74)	0,64
<b>Estado conjugal</b>						
Vive com companheiro	22/145	33,3	1,0		1,0	
Vive sem companheiro	44/166	66,7	2,01 (1,11-3,56)	0,01	1,40 (0,63-3,11)	0,40
<b>Sabe ler e escrever</b>						
Não	20/52	30,3	1,0		1,0	
Sim	46/259	69,7	2,89 (1,52-5,50)	0,01	1,70 (0,68-4,23)	0,24
<b>Situação financeira atual comparada com 50 anos</b>						
Melhor/Igual	35/201	53,0	1,0		1,0	
Pior	31/110	47,0	1,86 (1,07-3,23)	0,02	1,96 (0,92-4,16)	0,07
<b>Autopercepção do sono</b>						
Muito bom/Bom	14/164	21,2	1,0		1,0	
Regular/Ruim/Muito Ruim	52/147	78,8	3,50 (1,97-6,22)	0,00	0,92 (0,41-2,04)	0,84
<b>Autopercepção da saúde</b>						
Muito Bom/Bom	14/164	21,2	1,0		1,0	
Regular/Ruim/Muito Ruim	52/147	78,8	5,86 (3,06-11,16)	0,00	3,18 (1,63-6,88)	0,00
<b>Uso de tabaco na vida</b>						
Não	33/170	50,0	1,0			
Sim	33/141	50,0	1,26 (0,73-2,18)	0,39		
<b>Uso de bebida alcoólica na vida</b>						
Não	19/125	28,8	1,0		1,0	
Sim	47/186	71,2	1,86 (1,04-3,40)	0,03	3,69 (1,59-8,57)	0,00

Continua

Continuação

<b>Frequenta grupo religioso</b>						
Não	17/68	25,8	1,0			
Sim	49/245	74,2	0,72 (0,38-1,35)	0,31		
<b>Relato de tristeza ou solidão</b>						
Não	14/203	21,2	1,0		1,0	
Sim	52/108	78,8	12,53 (6,47-24,28)	0,00	8,35 (3,72-18,74)	0,00
<b>Score sugestivo para déficit cognitivo</b>						
Não	13/110	19,7	1,0		1,0	
Sim	53/201	80,3	2,67 (1,38-5,16)	0,03	1,21 (0,51-2,89)	0,65
<b>Realiza exercícios físicos</b>						
Sim	10/98	15,2	1,0		1,0	
Não	56/213	84,8	3,13 (1,52-6,46)	0,00	1,38 (0,55-3,49)	0,48
<b>Funcionalidade familiar</b>						
Boa funcionalidade	34/245	51,5	1,0		1,0	
Disfunção moderada/elevada	32/68	48,5	5,84 (3,19-10,68)	0,00	2,50 (1,13-5,53)	0,02
<b>Polidrarmácia</b>						
Não	22/172	33,3	1,0		1,0	
Sim	44/139	66,7	3,15 (1,78-5,59)	0,00	1,83 (0,85-3,96)	0,12

\*PSD: Presença de Sintomas Depressivos. OR: Odds Ratio. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Os autores

A figura 1 apresenta as prevalências das respostas 'sim' e 'não' às questões da EDG-15. A média do escore das respostas da referida escala foi de 3,61. As questões da escala de maior prevalência nesse estudo foram "prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas" (60,1%), "tem medo que algum mal lhe aconteça" (48,2%) e "deixou muitos dos interesses e atividades" (46,0%).

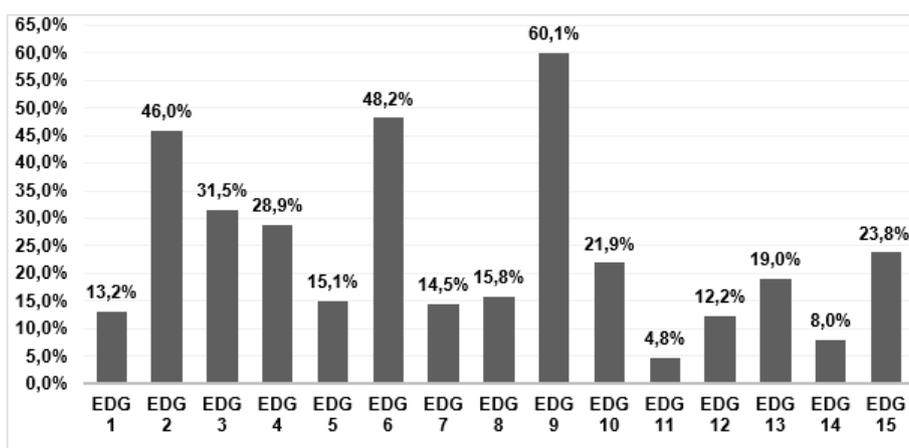


Figura 1 - Prevalência das respostas 'sim' ou 'não' das questões da Escala de Depressão Geriátrica, cidade polo no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, (n= 311), 2018-2019.

Fonte: Os autores

EDG-1 está basicamente satisfeito com a vida (13,2%); EDG-2 deixou muitos de seus interesses e atividades (46,0%); EDG-3 sente que a vida está vazia (31,5%); EDG-4 se aborrece com frequência (28,9%); EDG-5 sente de bom humor a maior parte do tempo (15,1%); EDG-6 tem medo de algum mal vá lhe acontecer (48,2%); EDG-7 sente feliz a maior parte do tempo (14,5%); EDG-8 sente que a situação não tem saída (15,8%); EDG-9 prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas (60,1%); EDG-10 sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas (21,9%); EDG-11 acha maravilhoso estar vivo(a) Fonte: Os autores (4,8%); EDG-12 sente inútil nas atuais circunstâncias (12,2%); EDG- 13 sente cheio de energia (19,0%); EDG- 14 acha que a situação é sem esperanças (8,0%); EDG-15 sente que a maioria das pessoas estão melhor (23,8%).

## DISCUSSÃO

A presente investigação estimou a prevalência de sintomas depressivos, além de apresentar os seus fatores associados na população idosa residente nas áreas de abrangências das ESF's participantes. Revelou primeiros dados acerca da epidemiologia da sintomatologia depressiva em idosos não institucionalizados da área urbana de um município polo do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais.

Os achados da presente investigação referentes aos dados sociodemográficos (tabela 1) correlacionam-se a alguns estudos. Ao considerar pesquisas com o mesmo público, observou-se predomínio da participação do sexo feminino, idosos com idade de 60 a 69 anos, que vivem com companheiros, que possuem baixa escolaridade, desfavorecidos economicamente e que são aposentados (Borges et al., 2013; Silva et al., 2017). Observou-se predomínio do autorrelato relacionado as peles pardas e negras, supostamente devido ao histórico da escravidão no município em que o estudo foi realizado.

Em relação as comorbidades (tabela 2), esta investigação revelou que as mais prevalentes na população foram HAS (70,4%), colesterol alto (56,6%), problema de coluna (46,9%) e artrite ou reumatismo (41,2%). Outras pesquisas realizadas no Brasil com idosos identificaram que HAS foi a mais prevalente entre a população estudada (Borges et al., 2013; Silva et al., 2017). Além disto, a HAS constituiu a comorbidade mais prevalente na população geral (Who, 2021).

A respeito da prevalência de colesterol alto e problema de coluna auto relatados pelos participantes, outros estudos apresentaram resultados semelhantes (Borges et al., 2013; Lutufo et al., 2017). Por outro lado, a prevalência da alusão ao diagnóstico de artrite ou reumatismo desta investigação, foi superior a taxa encontrada por outros autores (Borges et al., 2013; Silva et al., 2017).

Os resultados enunciaram elevada prevalência de sintomas depressivos entre os idosos. A análise multivariada revelou associação com sexo feminino, autopercepção da saúde, uso de bebida alcoólica na vida, sentimento de tristeza ou solidão e disfuncionalidade familiar (tabela 3).

A prevalência para sintomatologia depressiva desta investigação foi de 21,2%. Este resultado corrobora com outros estudos que apontaram que tal prevalência em idosos no mesmo cenário da APS varia de 6,5% a 36,6% (Borges et al., 2013; Galli et al., 2016; Silva et al., 2017; Mendes-chiloff et al., 2018). Embora a prevalência encontrada neste estudo se aproxime a estas investigações, é importante destacar que tais diferenças nas prevalências podem ser justificadas pelos métodos empregados e pelas características intrínsecas das populações participantes das pesquisas (Hoffmann et al., 2010).

Como já mencionado, este estudo evidenciou que o sexo feminino foi mais vulnerável para sintomas depressivos ( $p=0,02$ ;  $OR=3,10$ ;  $IC95\% 1,17-8,19$ ). Resultado este que

corroborar com outras investigações (Silva et al., 2017; Luitel et al., 2018; Maier et al., 2021). Neste sentido, as explicações para esta associação relacionam-se possivelmente ao papel social da mulher (Vafael et al., 2016). Outra possível interpretação para esta associação está concatenada à mudança do perfil epidemiológico da população, com o aumento da expectativa de vida. Sendo assim, é notório a feminização do envelhecimento (Cybuski et al., 2017).

Nesta investigação, a avaliação negativa da saúde foi um fator associado a presença de sintomatologia depressiva ( $p = 0,00$ ;  $OR = 3,81$  IC95% 1,63-8,88). Resultado semelhante foi encontrado por outros autores (Borges et al., 2013; Shin et al., 2016; King et al., 2017; Mendes-Chiloff et al., 2018). A presença de sintomas depressivos amplifica a probabilidade de auto avaliação negativa da saúde (Salerno et al., 2015). Ademais, essa avaliação, pode ser considerada um sintoma indicativo do desenvolvimento de depressão (Borges et al., 2013).

Continuando, este estudo apontou que o uso de bebida alcoólica em algum momento da vida foi um fator de risco para a presença de sintomatologia depressiva ( $p = 0,00$ ;  $OR = 3,69$  IC95% 1,59-8,57). É notório que o consumo de álcool aumenta o risco de depressão (Kim et al., 2015; Choi et al., 2018; OANCEA et al., 2020), principalmente na população idosa (Barbosa et al., 2018; Garcia; Bassitt; Pinto, 2020; Maier et al., 2021). Além disto, o consumo de álcool excessivo é maior entre indivíduos com transtornos depressivos (Subramaniam et al., 2017). A associação entre o uso de álcool e a depressão é complexa, sendo resultante da cascata instituída pelos fatores biopsicossociais (Slade et al., 2016). Reconhece-se que o consumo de bebida alcoólica e outras drogas pela população idosa é motivador do agravamento da situação de saúde física e/ou mental, isolamento social e déficit cognitivo (Lintzeris et al., 2016; Garcia; Bassitt; Pinto, 2020).

A variável relato de sentimento de tristeza ou solidão se associou a presença de sintomas depressivos ( $p = 0,00$ ;  $OR = 8,35$  IC95% 3,72-18,74). Possivelmente, esta associação pode ser elucidada pelo fato que muitos adultos residem sozinhos ou longe da família (Klinenberg, 2016; Chen; Alston; Guo, 2019; Schwartz; Litwin, 2019). Ainda, idosos que vivem sozinhos estão mais passíveis para a solidão, ao isolamento social e à depressão (Campos et al., 2017; Hajek et al., 2021; Turner et al., 2022).

Nesta investigação, a disfuncionalidade familiar foi associada a sintomatologia depressiva ( $p = 0,02$ ;  $OR = 2,50$  IC95% 1,13-5,53). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na cidade de São Paulo (Mendes-Chiloff et al., 2018). A funcionalidade familiar é responsável por oferecer ao idoso apoio efetivo em relação aos sintomas depressivos, por proporcionar um ambiente que oportuniza o bem-estar destes indivíduos. Logo, um arranjo familiar que apresenta disfuncionalidade raramente será um ambiente protetor para depressão (Holtfreter; Reisig; Turanovic, 2017). Prosseguindo, quando o idoso não recebe apoio emocional do ente mais próximo, ele tende a expressar queixas para sintomas depressivos. Além do que, esse indivíduo está mais susceptível a desenvolver incapacidade (Torres et al., 2018).

Em relação a EDG-15, as questões “prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas; “tem medo que algum mal te aconteça” e “deixou muitos dos interesses e atividades” foram as mais prevalentes. No que se refere a primeira questão, o apoio social positivo é fator crucial para diminuição da probabilidade da presença de depressão, além de desempenhar papel fundamental na melhora do estado depressivo (Ahn; Kin; Zhang, 2017; Maier et al., 2021; Turner et al., 2022). Neste íterim, é preciso salientar que na cidade do estudo, existem poucas opções para lazer, ou seja, as pessoas tendem a ficar mais em seus domicílios. Além disso, parcela expressiva da população do estudo apresentou baixo nível socioeconômico, situação que limita as oportunidades de lazer. Em relação a segunda pergunta com maior taxa de respondentes, é necessário destacar a desmotivação, que favorece o surgimento da sintomatologia depressiva

(Teodoro, 2010). Já a prevalência da questão “tem medo que algum mal te aconteça”, pode relacionar-se as incertezas inerentes do envelhecimento, a probabilidade de se tornarem dependentes, além do medo do fim da vida (Ribeiro et al., 2017).

Em comparação aos estudos realizados com idosos no âmbito da APS com o mesmo objetivo deste trabalho, todos os idosos identificados com sintomas depressivos foram encaminhados formalmente para atendimento na ESF de sua área de abrangência, por meio de instrumento específico no dia da entrevista. Além de que, após o término da coleta de dados em cada ESF, foi encaminhado ao serviço a listagem dos idosos identificados com sintomas depressivos. Possibilitou-se assim a integração entre pesquisa e serviço e viabilização de possíveis buscas ativa dos idosos que não procuraram a ESF para verificarem os sintomas depressivos conforme apresentados durante as entrevistas.

Considera-se como limitações desta investigação, o método transversal, que impede a estimativa da incidência e a correlação de causa-efeito. Outro fator limitante foi o recrutamento. Ressalta-se que o auto relato das morbidades também é apontado como um fator limitador, pois pode associar com o viés de memória do entrevistado. Aponta-se ainda como limitação o tempo gasto para aplicação dos questionários, visto que questionário muito longo pode desmotivar, além de diminuir a atenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados a prevalência de sintomas depressivos entre os participantes estão de acordo aos achados de outros estudos. No tocante às variáveis associadas, indica-se atenção para o sexo feminino, a ingestão de bebida alcoólica em algum momento da vida, autopercepção da saúde, relato de tristeza e solidão e presença de disfuncionalidade familiar. A elucidação destes fatores subsidiará a ação dos gestores e profissionais de saúde, sobretudo os atuantes no âmbito da APS a intervir precocemente nos casos de idosos que apresentem sintomas depressivos.

Esta investigação demonstrou a indispensabilidade de ações intervencionistas junto à população idosa, para a identificação precoce de casos sugestivos de sintomas depressivos. Além do mais, evidenciou o quanto a EDG-15 é aplicável para o rastreamento de casos sugestivos, o que aponta a relevância do seu uso no cotidiano dos serviços de APS.

## REFERÊNCIAS

AHN, S.; KIN, S.; ZHANG, H. Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: role of positive and negative social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 14, n. 16, p. 1-11, 2017.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 57, n.2B, p. 421-426, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. 5. ed. VA: APA, Arlington, 2014. 948 p.

ASCEF, B. O. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 1-13, 2017.

BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018.

BORGES, L. J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BORGES, L. J. Sintomas depressivos e a atividade física em idosos: estudo longitudinal. 2014. 179 f. Tese (Programa de Pós Graduação em Educação Física) Curso de Doutorado em Educação Física. UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BORIM, F. S. A. et al. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n.5, p. 714-722, 2014.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3b, p. 777-781, 2003.

CAMPOS, A. C. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 4, p. 358-367, 2017.

CHEN, L.; ALSTON, M.; GUO, W. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *American Journal of Community Psychology*, v. 47, p. 1235–1245, 2019.

CHOI, K. W. et al. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: a Nationwide community sample of Korean adults. *Journal of Affective Disorders*, v. 227, p. 323-329, feb. 2018.

CYBULSKI, M. et al. Self-assessment of the mental health status in older adults in Poland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 17, n. 383, p. 1-10, dez., 2017.

GALLI, R. et al. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 2, p. 307-316, 2016.

GARCIA, P. C. O.; BASSITT, D, P.; PINTO, F. C. G. Alcohol use, abuse and dependence among elderly in outpatient treatment through the application of AUDIT. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 66, n. 3, p. 307-313, 2020.

HOFFMANN, E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

HOLTFRETER, K.; REISIG, M. D.; TURANOVIC, J. J. Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties. *Aging & Mental Health*, v. 21, n. 4, p. 379-388, 2017.

HU, T. et al. Prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, v. 311, e114511, may. 2022.

HAJEK, A. et al. Social support and health-related quality of life among the oldest old—Longitudinal evidence from the multicenter prospective AgeCoDe-AgeQualiDe study. *Quality of Life Research*, v. 31, p. 1667–1676, 2021.

KIM, S. A. et al. Exploring the non-linear relationship between alcohol consumption and depression in an elderly population in Gangneung: the Gangneung Health Study. *Yonsei Medical Journal*, v. 56, n. 2, p. 418-425, 2015.

KING, D.B. et al. Functions of reminiscence in later life: Predicting change in the physical and mental health of older adults over time. *Aging and Mental Health*, v. 23, 246–254, 2017.

KLINENBERG, E. Social Isolation, Loneliness, and Living Alone: Identifying the Risks for Public Health. *American Journal of Public Health*, v. 106, p. 786–787, 2016.

LINJAKUMPU, T. et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 55, n. 8, p. 809-817, 2002.

LINTZERIS, N. et al. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services. *Drug and alcohol review*, v. 35, n. 2, p. 223-231, 2016.

LOTUFO, P. A. et al. Prevalência de Diagnóstico Médico de Colesterol Alto Autorreferido na População Brasileira: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 108, n. 5, p. 411-416, 2017.

LUITEL, N. P. et al. Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: a cross sectional study. *BMC Health Services Research*, v. 18, n.1, p. 1-10, mar., 2018.

MAIER, A. et al. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS ONE*, v. 16, n. 5, e0251326, 2021.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, supl. 2, p. 1-16, 2018.

MENEGUCI, J. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 4, p. 221-30, 2019.

MURPHY, R. A. et al. Depressive trajectories and risk of disability and mortality in older adults: longitudinal findings from the health, aging, and body composition study. *The Journals of Gerontology*, v. 71, n. 2, p. 228-235, fev., 2016.

OANCEA, S. C. The association between alcohol consumption and self-reported current depression among adults residing in Brazil. *Journal of Public Health*, v. 43, n. 2, p. 204–212, 2020.

OLIVEIRA, J. M. B. et al. Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 4, p. 503-515, 2018.

PARDINI, R. et al. . Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, v. 9, n. 3, p. 45-51, 2001.

RIBEIRO, M. S. et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 6, p. 880-888, 2017.

SALERNO, M. C. et al. Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 4, p. 775-782, 2015.

SANTOS, E. G. O. et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 6, p. 854-865, 2017.

SCHWARTZ, E.; LITWIN, H. The reciprocal relationship between social connectedness and mental health among older European adults: A SHARE-based analysis. *J. Gerontol. Ser. B*, v. 74, p. 694–702, 2019.

SHIN, J. et al. The cross-interaction between global and age-comparative self-rated health on depressive symptoms—considering both the individual and combined effects. *BMC Psychiatry*, v. 16, n. 433, p. 1-11, 2016.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SLADE, T. et al. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*, v. 6, n. 10, p. 1-12, 2016.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SMILKSTEIN, G.; ASHWORTH, C.; MONTANO, D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function *The Journal of Family Practice*, v. 15, n. 2, p. 303-311, 1982.

SUBRAMANIAM, M. et al. Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. *Alcohol*, v. 65, p. 63-69, 2017.

TAYAA, S. et al. Diagnosis and management of depression in the elderly. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, v. 18, n. 1, p. 88-96, 2020.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. *Depressão: corpo, mente e alma*. 3. ed. Uberlândia – MG: 2010.

TURNER, S. T. et al. Social support and symptoms of depression in late life: bidirectional associations over time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, p. 16065, 2022.

TORRES, J. L. et al. Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7, p. 102-110, 2018.

VAF AEI, A. et al. Depression, Sex and Gender Roles in Older Adult Populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLOS ONE*, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Detail. Hypertension. Key facts, 2021.

**Recebido em:** 09-08-2020

**Aceito em:** 04-03-2023