

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Márcia Regina Martins Alvarenga¹, Maria Amélia de Campos Oliveira², Odival Faccenda³, Ednéia Albino Nunes Cerchiari⁴,
Fernanda Amendola⁵

RESUMO: Estudo transversal que analisou a associação entre indicadores sociodemográficos, condições e autoavaliação de saúde, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. As informações foram obtidas em entrevistas domiciliares, utilizando o Mini-Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Foram entrevistados 503 idosos e 34,4% apresentaram sintomas depressivos. O modelo de regressão logística revelou forte associação entre sintomas depressivos e autoavaliação ruim da saúde (OR 12,38; IC95%), sequelas de AVC (OR 9,65; IC95%), inatividade econômica (OR 3,19; IC95%), déficit cognitivo (OR 1,77; IC95%), não-participação em atividades sociais (OR 1,94; IC95%) e renda *per capita* de até meio salário mínimo (OR 1,86; IC95%). Os achados não permitem estabelecer a influência direta das variáveis na ocorrência da depressão, contudo, os resultados servem de subsídios para direcionar as discussões sobre os determinantes de sintomas depressivos em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Saúde do idoso; Saúde da família.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ELDERLY PEOPLE ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Cross-sectional study that examined the association between sociodemographic indicators, conditions and self-rated health, cognitive status and depressive symptoms in elderly people assisted by the Family Health Strategy. The information was obtained through home interviews using the Mini-Mental State Examination and Geriatric Depression Scale. We interviewed 503 elderly and 34.4% had depressive symptoms. The logistic regression model revealed a strong association between depressive symptoms and poor self-rated health (OR 12.38, 95%), sequels of stroke (OR 9.65, 95%), economic inactivity (OR 3.19, 95%), cognitive impairment (OR 1.77, 95%), non-participation in social activities (OR 1.94, 95%) and per capita income of up to half the minimum wage (OR 1.86, 95%). The findings do not enable the determination of the direct influence of variables on the occurrence of depression, however, the results provide subsidies to steer discussions about the determinants of depressive symptoms in the elderly.

KEYWORDS: Depression; Health of the elderly; Family health.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ANCIANOS ATENDIDOS POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: Estudio transversal que analizó la asociación entre indicadores socio-demográficos, condiciones y auto-evaluación de salud, estado cognitivo y presencia de síntomas depresivos en ancianos atendidos por la Estrategia Salud de la Familia. Las informaciones fueron obtenidas en entrevistas domiciliarias, utilizando el Mini-Examen del Estado Mental y Escala de Depresión Geriátrica. Fueron entrevistados 503 ancianos y 34,4% presentaron síntomas depresivos. El modelo de regresión logística reveló fuerte asociación entre síntomas depresivos y auto-evaluación ruin de la salud (or 12,38; ic95%), secuelas de avc (or 9,65; ic95%), inactividad económica (or 3,19; ic95%), déficit cognitivo (or 1,77; ic95%), no participación en actividades sociales (or 1,94; ic95%) y renta *per capita* de hasta medio salario mínimo (or 1,86; ic95%). Los hallados no permiten establecer la influencia directa de las variables en la ocurrencia de la depresión, entretanto, los resultados sirven de subsidios para direccionar las discusiones sobre los determinantes de síntomas depresivos en ancianos.

PALABRAS CLAVE: Depresión; Salud del anciano; Salud de la familia.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EE USP.

³Matemático. Doutor em Agronomia. Professor Adjunto do Curso Ciência da Computação UEMS.

⁴Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da UEMS.

⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na EE USP.

Autor correspondente:

Márcia Regina Martins Alvarenga

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Rodovia Dourados-Itaum, km 12 - 79804-970 - Dourados-MS, Brasil

E-mail: marciaregina@uems.br

Recebido: 27/01/10

Aprovado: 07/05/10

INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor com forte impacto funcional em qualquer faixa etária. Possui natureza multifatorial por envolver diversos aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), sociais (pobreza, solidão, modificações no suporte social) e psicológicos (perdas de entes queridos e mudanças de papéis sociais). Em idosos, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde vêem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo do envelhecimento⁽¹⁾.

Investigação realizada com idosos na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, constatou que na última consulta médica mais de 70% dos entrevistados não haviam sido questionados pelos profissionais se eles se sentiam tristes ou deprimidos⁽²⁾. Estudo para reconhecer sintomas depressivos em idosos atendidos no Ambulatório Geral do Hospital das Clínicas de São Paulo concluiu que a presença de outras doenças pode diminuir a sensibilidade dos médicos para identificar sintomas específicos de depressão, levando-os a considerar os sintomas depressivos como reações psicológicas normais decorrentes de outras patologias⁽³⁾.

A ocorrência de sintomas depressivos em idosos pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. Com frequência, está associada à elevação do risco de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida a tratamentos terapêuticos. Ademais, a presença de comorbidades e o uso de muitos medicamentos, duas situações comuns entre os idosos, fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão tornem-se mais complexos. A revisão da literatura evidencia que os sintomas depressivos em idosos estão associados ao gênero feminino, ao declínio cognitivo e funcional, à falta ou perda de contato social, a viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações⁽⁴⁾.

Apesar de sua relevância, a depressão é de difícil mensuração pelo fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados e sentimentos que diferem acentuadamente. No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos varia de 4,7% a 36,8%, dependendo basicamente do instrumento utilizado e dos pontos de corte para detectar os sinto-

mas^(2,5-6). Portanto, é necessário pesquisá-la sistematicamente entre os idosos e um dos instrumentos que pode ser utilizado para esse fim é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada no Brasil⁽⁷⁾.

Este estudo tem por objetivo analisar a associação entre sintomas depressivos em idosos e indicadores sociodemográficos, condições de saúde, autoavaliação de saúde e estado cognitivo.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo transversal, realizado com idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul. Os dados foram coletados entre junho de 2007 e março de 2008. Das 31 equipes de ESF existentes na área urbana, participaram do estudo as 28 que já estavam consolidadas.

Utilizou-se como critério de inclusão, pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos e assistidas pela ESF. Foram excluídas as incapazes de se comunicar, os indígenas residentes nas aldeias e os que se recusaram a participar ou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações foram obtidas em entrevistas domiciliares nas quais os idosos foram avaliados quanto aos sintomas depressivos por meio da Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida, de 15 itens.

A escolha da amostra foi feita utilizando-se a técnica de amostragem aleatória simples. Foram sorteados 672 idosos e, destes, cinco recusaram-se a participar do estudo, 135 não se encontravam no domicílio no momento da coleta de dados e 29 foram excluídos por incapacidade de se comunicar, resultando na amostra final de 503 participantes. Este número foi suficiente para detectar diferenças, de pelo menos, 11,7%, com nível de significância de 5% e poder do teste de 80%, considerando 34,4% a proporção estimada de idosos com sintomas depressivos na população acima de 60 anos estudada.

Na análise estatística dos dados utilizou-se como variável-resposta a medida da Escala de Depressão Geriátrica, dicotomizada, adotando-se como ponto de corte para a avaliação de sintoma depressivo o valor seis. Idosos com valores abaixo de seis foram considerados normais, enquanto aqueles com valores acima ou igual a seis foram avaliados como portadores de sintomas depressivos⁽⁶⁾.

Investigou-se a associação entre sintomas depressivos e as seguintes variáveis:

Socioeconômicas: renda mensal *per capita* em salários mínimos (d' 0,5, 0,6-1,0 e >1,0); escolaridade (analfabeto, alfabetizado); situação econômica ativa (sim, não); participação em atividades sociais (sim, não); prática religiosa (sim, não).

Demográficas: sexo, idade (60-69 e 70 anos e mais), arranjo familiar (mora só, acompanhado), situação de propriedade da casa em que vive (própria, alugada, cedida), e condições de moradia (boa, regular, precária). Entende-se como *boa* a construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupa e composição mínima de quatro cômodos, com utilização de todos os quartos como dormitório; *regular*, a construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de até três cômodos ou composição mínima de quatro cômodos com utilização dos quartos não como dormitórios; e *precária*, a construção com material adaptado ou uso coletivo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de, pelo menos, um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro⁽⁷⁾.

Condições de saúde autorreferidas: hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrose, osteoporose, distúrbios digestivos, problemas de coluna (desvios, hérnias), prática de atividade física (sim, não).

Autoavaliação de saúde: muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim.

Estado cognitivo definido pelo Mini Exame do Estado Mental: adotou-se como ponto de corte os escores 19/20 (caso/ não-caso) para os idosos analfabetos e 24/25 (caso/não-caso) para os alfabetizados, independentemente dos anos de estudos completos. Os resultados foram categorizados em normal ou com déficit cognitivo⁽⁸⁾.

Foram calculadas medidas de associação da variável de desfecho, sintomas depressivos com as características da população do estudo, morbidade e outros indicadores, utilizando-se o teste qui-quadrado

(χ^2) de Pearson com respectivo valor de p.

Para verificar se as associações observadas entre as variáveis estudadas eram próprias ou resultado da interferência de terceiras, procedeu-se a uma abordagem multivariada através do modelo de regressão logística. Essa escolha foi feita em virtude de se adequar à necessidade de controle de múltiplas variáveis de confusão e de se ter utilizado, como variável-resposta, um evento binário, a Escala de Depressão Geriátrica.

Optou-se por transformar todas as variáveis independentes com mais de duas categorias em variáveis do tipo indicadora *dummy*, o que também se prestou à obtenção de *odds ratios* específicos para determinadas categorias de exposição, de interesse para o estudo. O modelo foi estimado com as variáveis que obtiveram valores de p menores ou iguais a 20% no teste qui-quadrado. O método de seleção utilizado foi o de trás para frente, *backward*, determinando-se, então, as razões de chances, seus intervalos de confiança e o valor de p. O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Wald. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS *for Windows*, versão 13.0. Todos os resultados foram analisados considerando-se o valor de $p < 0,05$ como diferença significativa⁽⁹⁾.

Procedimentos éticos

Os procedimentos realizados não apresentaram riscos ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa. A participação de cada idoso foi autorizada pelo mesmo ou seu responsável legal, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou o estudo, conforme processo nº 593/2006 e a Secretaria Municipal de Saúde de Dourados autorizou a pesquisa.

RESULTADOS

Foram identificados 173 idosos com sintomas depressivos e, destes, 158 (91,3%) com sintomas leves e 15 (8,7%) com sintomatologia grave. Na Tabela 1, observa-se que entre as variáveis socioeconômicas e demográficas as que se associaram de forma significativa com a presença de sintomas depressivos foram: inatividade econômica, baixa renda *per capita*, não ser proprietário da residência, condições precárias de moradia, falta de participação social e de prática religiosa.

Tabela 1 - Análise univariada entre determinantes socioeconômicos e demográficos e a presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados, 2008.

| Caracterização dos idosos | Escala de Depressão Geriátrica | | | | Valor de P |
|---------------------------------|--------------------------------|------|----------------------|------|------------|
| | Sem sintomas | % | Sintomas depressivos | % | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 108 | 69,2 | 48 | 30,8 | 0,251 |
| Feminino | 222 | 64,0 | 125 | 36,0 | |
| Faixa etária | | | | | |
| 60 a 69 anos | 153 | 65,7 | 80 | 34,3 | 0,979 |
| 70 anos e mais | 177 | 65,6 | 93 | 34,4 | |
| Escolaridade | | | | | |
| Alfabetizado | 164 | 69,5 | 72 | 30,5 | 0,085 |
| Analfabeto | 166 | 62,2 | 101 | 37,8 | |
| Condição Econômica Ativa | | | | | |
| Sim | 28 | 84,8 | 05 | 15,2 | 0,027 |
| Não | 302 | 64,3 | 168 | 35,7 | |
| Arranjo familiar | | | | | |
| Acompanhado | 269 | 64,5 | 148 | 35,5 | 0,254 |
| Sozinho | 61 | 70,9 | 25 | 29,1 | |
| Renda mensal per capita | | | | | |
| Até 0,5 salário mínimo | 88 | 57,5 | 65 | 42,5 | 0,007 |
| 0,6 - 1,0 salário mínimo | 174 | 66,4 | 88 | 33,6 | |
| > 1,0 salário mínimo | 68 | 77,3 | 20 | 22,7 | |
| Casa própria | | | | | |
| Sim | 296 | 67,4 | 143 | 32,6 | 0,024 |
| Não | 34 | 53,1 | 30 | 46,9 | |
| Condições de habitação | | | | | |
| Boa | 258 | 69,7 | 112 | 30,3 | 0,002 |
| Regular | 56 | 55,4 | 45 | 44,6 | |
| Precária | 14 | 46,7 | 16 | 53,3 | |
| Participação social | | | | | |
| Sim | 254 | 62,4 | 153 | 37,6 | 0,002 |
| Não | 76 | 79,2 | 20 | 20,8 | |
| Prática religiosa | | | | | |
| Sim | 257 | 69,5 | 113 | 30,5 | 0,002 |
| Não | 69 | 54,3 | 58 | 45,7 | |

No modelo de análise conjunta com regressão logística, observou-se a ocorrência de sintomas depressivos fortemente determinados pelo grupo de idosos com renda mensal até 0,5 salário mínimo, em

comparação com o grupo dos que recebiam mais de um salário mínimo. Assim, o fato de um idoso pertencer a uma família com renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo provocou um aumento multiplicativo

de 1,86 nas probabilidades desse apresentar sintomas depressivos (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise multivariada para sintomas depressivos de acordo com as variáveis sociodemográficas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados, 2008.

| Variáveis | Categorias | OR1[IC 95%] | Valor de p |
|---------------------------------|--------------|--------------------|------------|
| Renda mensal per capita | | | |
| | > 1,0 SM | 1 | |
| | 0,6 - 1,0 SM | 1,19 [0,73 - 1,96] | 0,488 |
| | Até 0,5 SM | 1,86 [1,18 - 2,91] | 0,007 |
| Condições de moradia | | | |
| | Boa | 1 | |
| | Regular | 1,96 [0,90 - 4,26] | 0,091 |
| | Precária | 1,56 [0,97 - 2,52] | 0,067 |
| Prática religiosa | | | |
| | Sim | 1 | |
| | Não | 1,65 [1,07 - 2,56] | 0,024 |
| Participação social | | | |
| | Sim | 1 | |
| | Não | 1,94 [1,11 - 3,38] | 0,019 |
| Condição Econômica Ativa | | | |
| | Sim | 1 | |
| | Não | 3,19[1,19 - 8,56] | 0,022 |

Embora a renda mensal tenha explicado grande parte da variável-resposta, outras variáveis também se mostraram relevantes. O fato do idoso não ter participação social ativa provocou um aumento multiplicativo de 1,94 na probabilidade de apresentar sintomas depressivos. Seguiu-se o grupo dos que não estavam ativos economicamente, com razão de chances 3,19 maior de apresentar sintomas depressivos que os ativos economicamente. O mesmo pode ser dito em relação à prática religiosa, pois os que relataram não praticar a religião apresentaram 1,65 mais chances de sintomas depressivos em relação aos praticantes.

Os resultados dos testes de associação apresentados na tabela 3 revelaram diferenças significativas nas proporções de sintomas depressivos, com maiores percentuais entre os idosos com diagnóstico médico referido de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), distúrbios digestivos e problemas de coluna. Também houve diferenças significativas no grupo dos idosos com *deficit* cognitivo e autoavaliação de saúde regular, ruim ou muito ruim.

Os resultados da análise conjunta, usando regressão logística, mostram as variáveis que permaneceram no modelo ajustado final. Os diagnósticos médicos referidos identificados como determinantes para sintomas depressivos nos idosos estudados foram AVC, autoavaliação da saúde, estado mental, problemas de coluna e distúrbios digestivos. Houve forte relação de dependência significativa entre autoavaliação ruim de saúde e sintomas depressivos. Os idosos que avaliavam sua saúde como ruim apresentaram aproximadamente 12 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos do que os que a julgavam muito boa ou boa. Aqueles que consideravam sua saúde como regular apresentaram cerca de três vezes mais chances de sintomas depressivos em relação aos que a consideraram muito boa ou boa.

Seguiu-se o grupo de idosos que apresentaram diagnóstico referido de AVC, com um aumento multiplicativo de 9,65 na probabilidade de apresentar sintomas depressivos. O mesmo pode ser dito na comparação do grupo dos idosos que tiveram diagnóstico médico referido de *deficit* cognitivo, nos quais o

Tabela 3 - Análise univariada entre os determinantes relativos a condições de saúde, autoavaliação de saúde e estado mental, segundo a presença de sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados, 2008.

| Variáveis | Categorias | Escala de Depressão Geriátrica | | | | Valor de P |
|------------------------|-----------------|--------------------------------|------|----------------------|------|------------|
| | | Sem sintomas | % | Sintomas depressivos | % | |
| Hipertensão | Não | 86 | 71,7 | 34 | 28,3 | 0,136 |
| | Sim | 244 | 63,7 | 139 | 36,6 | |
| AVC | Não | 326 | 67,4 | 158 | 32,6 | < 0,001 |
| | Sim | 04 | 21,1 | 15 | 78,9 | |
| Diabetes | Não | 260 | 65,3 | 138 | 34,7 | 0,887 |
| | Sim | 70 | 66,7 | 35 | 33,3 | |
| DPOC | Não | 315 | 66,9 | 156 | 33,1 | 0,035 |
| | Sim | 15 | 46,9 | 17 | 53,1 | |
| Osteoartrose | Não | 243 | 67,7 | 116 | 32,3 | 0,148 |
| | Sim | 87 | 60,4 | 57 | 39,6 | |
| Osteoporose | Não | 293 | 67,2 | 143 | 32,8 | 0,075 |
| | Sim | 37 | 55,2 | 30 | 44,8 | |
| Distúrbios digestivos | Não | 260 | 69,5 | 114 | 30,5 | 0,002 |
| | Sim | 70 | 54,3 | 59 | 45,7 | |
| Problemas de coluna | Não | 209 | 70,4 | 88 | 29,6 | 0,009 |
| | Sim | 121 | 58,7 | 85 | 41,3 | |
| Autoavaliação de saúde | Muito boa/Boa | 158 | 81,4 | 36 | 18,6 | < 0,001 |
| | Regular | 159 | 62,1 | 97 | 37,9 | |
| | Ruim/Muito ruim | 13 | 24,5 | 40 | 75,5 | |
| Estado mental - MEEM | Normal | 202 | 70,1 | 86 | 29,9 | 0,017 |
| | Com deficit | 128 | 59,5 | 87 | 40,5 | |

Tabela 4 - Análise multivariada para sintomas depressivos de acordo com as variáveis de condições de saúde em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados, 2008.

| Variáveis | Categorias | OR ¹ [IC 95%] | Valor de p |
|------------------------|-------------------|--------------------------|------------|
| AVC | Não | 1 | < 0,001 |
| | Sim | 9,65 [3,02- 30,88] | |
| Autoavaliação de saúde | Muito boa/ boa | 1 | <0,001 |
| | Regular | 2,65 [1,66 - 4,23] | |
| | Ruim/ muito ruim | 12,38 [5,86- 26,15] | |
| Estado mental | Normal | 1 | 0,007 |
| | Deficit cognitivo | 1,77 [1,17 - 2,68] | |
| Problemas de coluna | Não | 1 | 0,062 |
| | Sim | 1,49 [0,98- 2,26] | |
| Distúrbios digestivos | Não | 1,50 [0,95- 2,37] | 0,085 |
| | Sim | 1,50 | |

aumento multiplicativo para a presença de sintomas depressivos foi de 1,77 (Tabela 4).

As demais variáveis que apresentaram diferenças significativas na Tabela 3, e que não aparecem no modelo ajustado da Tabela 4, de alguma forma apresentam relação de dependência com as que fazem parte do modelo, e não representam contribuição considerável para melhorá-lo.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelharam-se às observadas em estudos populacionais brasileiros, com predomínio acentuado do sexo feminino, em consequência da sobrevivência masculina, o que caracteriza a feminização do envelhecimento. A maioria tinha baixa escolaridade e declarou-se praticante de culto religioso, e com pouca participação em atividades sociais⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Na amostra estudada, a proporção de sintomas depressivos foi de 34,4%, sendo 36% no sexo feminino e 31% no masculino, diferença não significativa. Em São Paulo, o Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) identificou a prevalência de 18,1% de depressão, predominantemente entre as mulheres idosas⁽¹²⁾.

Os principais resultados obtidos no presente estudo indicam que o fato de o idoso possuir poucos recursos econômicos pode trazer prejuízos à saúde mental, expressos no corpo e no isolamento social próprio de portadores de doenças clínicas graves, interferindo nos diagnósticos médicos e na auto-avaliação de saúde.

Entre os idosos de Dourados, além de baixa renda, a depressão mostrou-se significativamente associada com condição econômica inativa, falta de participação social e de prática religiosa, bem como a más condições de moradia. Em relação aos problemas de saúde, este estudo destaca ainda a associação dos sintomas depressivos com *deficit* cognitivo, auto-avaliação ruim de saúde e sequelas de AVC.

Na cidade do México, o estudo SABE constatou 66% de sintomas depressivos. A depressão associou-se positivamente com baixa renda, autoavaliação da saúde ruim, quedas, hipertensão arterial, incontinência urinária e baixo consumo alimentar⁽¹³⁾. Em Guadalajara, na Espanha, pesquisa realizada com 417 idosos identificou a prevalência de sintomas depressivos em 19,7% (IC 95%; 15,9 – 23,4) e a análise multivariada demonstrou que as comorbidades (OR 2,38; IC95%) e o risco social (OR 2,69; IC 95%) mostraram uma associação

estatisticamente significativa⁽¹⁴⁾.

Dentre os idosos brasileiros, predominam os aposentados, com baixa renda mensal e *per capita*, sendo que as mulheres possuem renda inferior à dos homens. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a distribuição dos responsáveis idosos por classes de rendimento ainda se encontra extremamente concentrada nos estratos de renda inferiores⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

No município de Jandaia do Sul, estado do Paraná, por exemplo, 29% dos idosos atendidos por uma equipe de ESF apresentaram sintomas leves ou moderados de depressão, sendo o maior índice verificado entre mulheres na faixa etária de 70 a 74 anos, viúvas, aposentadas, com menor instrução, baixa renda, ausência de laços conjugais e de atividades de lazer⁽¹⁵⁾.

Entre os indicadores utilizados nos sistemas de informações para o monitoramento das condições de saúde e seus determinantes, entre os idosos, destacam-se a percepção da saúde, a presença de doenças crônicas, as limitações das atividades da vida diária e os estilos de vida⁽¹⁶⁾.

A percepção do idoso em relação ao seu estado de saúde é um indicador relevante de seu bem-estar, e é útil para avaliar suas necessidades de saúde, revelando-se um preditor consistente de sobrevivência para essa população⁽¹⁷⁾. A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, estando fortemente associada com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, de modo que pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.

As ações para a manutenção da capacidade funcional desenvolvem-se em dois níveis específicos: prevenção de agravos à saúde e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá por em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. A detecção precoce de problemas de saúde busca manter a capacidade funcional dos idosos através do rastreamento de danos sensoriais, alterações de humor e perdas cognitivas, ações que devem ser realizadas pela ESF no ambiente domiciliar⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÕES

Este estudo encontrou associação significativa entre sintomas depressivos e autoavaliação da saúde, revelando que os idosos estudados necessitavam de acompanhamento mais próximo e frequente das equipes da ESF.

Sendo um estudo de corte transversal, permitiu

verificar a associação entre algumas variáveis socio-demográficas com a depressão. O desenho transversal acabou por se tornar uma das limitações do estudo, pois, ao não possibilitar afirmar se os determinantes como participação social e o *deficit* cognitivo precedem ou sucedem os sintomas depressivos, incorreu no fenômeno denominado viés da causalidade reversa.

Os achados deste estudo não permitiram estabelecer uma influência direta desta ou daquela variável na ocorrência da depressão. Não foi possível estabelecer uma relação de causa-efeito ou sequencial para esta associação. Para tanto, novos estudos deverão ser realizados.

Contudo, esses resultados servem de subsídios não apenas para a constituição de serviços dedicados ao cuidado da saúde mental dos idosos, mas para direcionar as discussões sobre os determinantes de sintomas depressivos em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Snowdon J. How high in the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 1):542-7.
2. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):145-49.
3. Henriques SG, Fráguas R, Iosifescu DV, Menezes PR, Lucia MCS, Gattaz WF, et al. Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics.* 2009;64(7):629-35.
4. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:372-87.
5. Silvestre JÁ, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):839-47.
6. Almeida OP, Almeida SA. Short version of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatric Psychiatry.* 1999;14(10):858-65.
7. Barata RR, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
8. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto I. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
9. Dawson B, Trapp RG. *Bioestatística básica e clínica.* 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2003.
10. Camarano AA. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. p.17-24.
11. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008;17(3):187-94.
12. Cerqueira ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003 p.141-66
13. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(5):321-30.
14. Torija JRU, Mayor JMF, Salazar MPG, Buisan LT, Fernandez RMT. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42.
15. Nardi EF, Andrade OG. Estados depressivos entre idosos na comunidade, Jandaia do Sul, PR, Brasil. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2005;9(2):109-16.
16. Veras RP. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(10):2463-6.
17. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-2003). *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2467-78.
18. Tier CG, Bulhosa MS, Flores MC, Santos SSC, Baisch ALM, Cestari ME. Política de saúde do idoso: iniciativas identificadas no município de Rio Grande, RS. *Cogitare Enferm.* 2006;11(1):39-43.