

Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS

Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS

Andréia Ferreira Bretanha¹, Luiz Augusto Facchini¹, Bruno Pereira Nunes¹,
Tiago N. Munhoz¹, Elaine Tomasi¹, Elaine Thumé¹

RESUMO: *Objetivo:* Identificar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados na população idosa. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional, com amostra de 1.593 indivíduos com 60 anos ou mais da zona urbana de Bagé, Rio Grande do Sul, em 2008. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares. A prevalência de sintomas depressivos foi avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica. A análise foi realizada utilizando modelo de regressão de Poisson com estimativa robusta de variância. *Resultados:* A prevalência de sintomas depressivos foi de 18,0%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 16,1 – 19,9. A maioria da amostra foi composta por mulheres (62,8%). A média de idade foi 70 anos, com desvio padrão de 8,24; 25,1% dos idosos tinham entre 60 e 64 anos e 31,2% tinham 75 anos ou mais. Na análise ajustada, os sintomas depressivos foram estatisticamente associados (valor $p < 0,05$) aos idosos do sexo feminino, cor da pele amarela, parda ou indígena, menor classificação econômica, aposentados, com histórico de problemas cardíacos, com incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior autopercepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral. A variável idade, situação conjugal, escolaridade, hipertensão e diabetes autorreferidas não apresentaram associação com sintomas depressivos após ajustes para fatores de confusão. *Conclusão:* A alta prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de prevenção, atentando para a necessidade de práticas que promovam o envelhecimento ativo com a manutenção da atividade funcional, contribuindo para a melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Idoso. Depressão. Saúde mental. Envelhecimento. Epidemiologia.

¹Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Autor correspondente: Andréia Ferreira Bretanha. Rua Lobo da Costa, 1913, apto. 401, Centro, CEP: 96010-150, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: andreiabretanha@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

Artigo resultante de Dissertação de Mestrado da discente Andréia Ferreira Bretanha, apresentado à Faculdade de Enfermagem FEn/UFPel, em junho de 2013 no município de Pelotas, RS.

ABSTRACT: Objective: To identify the prevalence of depressive symptoms and associated factors in elderly. **Methods:** Cross-sectional study of population-based sample of 1,593 individuals aged 60 years or more in the urban area of Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil, in 2008. Data were collected in household interviews. The prevalence of depressive symptoms was assessed using the Geriatric Depression Scale. The analysis was performed using Poisson regression with robust variance estimation. **Results:** The prevalence of depressive symptoms was 18.0%, with the 95% confidence interval (95%CI) 16.1 – 19.9. The majority of the sample consisted of women (62.8%). The mean age was 70 years, with a 8.24 standard deviation (SD); 25.1% of seniors aged 60 to 64 years and 31.2% were 75 years or older. In the adjusted analysis, depressive symptoms were significantly associated (p-value < 0.05) with the elderly female, yellow, brown or indigenous descendency, lower economic status, retired, with history of heart problems, incapacity to basic and instrumental activities of daily living, worse self-rated health and dissatisfaction with life in general. Age, marital status, education, self-reported hypertension and diabetes were not associated with depressive symptoms after adjusting for confounders. **Conclusion:** The high prevalence of depressive symptoms in the population requires investment in preventive actions, noting the need for practices that promote active aging with the maintenance of functional activity, improving self-rated health and life satisfaction.

Keywords: Primary health care. Aged. Depression. Mental health. Aging. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são considerados responsáveis por incapacidades funcionais, diminuição na qualidade de vida, incremento nos gastos com saúde, além de prejuízos nos relacionamentos interpessoais¹. Entre os transtornos com maior prevalência em todo mundo, destacam-se a depressão e o uso abusivo de substâncias químicas².

No rastreamento da depressão, é importante atentar para os sintomas depressivos que incluem alteração de humor, perda de interesse e prazer, distúrbios do sono e do apetite^{3,4}, sintomas característicos do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e/ou Episódio Depressivo Maior (EDM). Os sintomas depressivos comprometem a qualidade de vida do idoso, suas relações familiares e com a sociedade. Há evidência de aumento no risco de mortalidade⁵ e necessidade de atendimento diferenciado nos serviços de saúde⁶.

Em estudos epidemiológicos, os instrumentos de rastreamento (*screening*) são os mais indicados e utilizados pela sua capacidade de identificar os indivíduos com sintomas depressivos, entretanto, não caracterizam o diagnóstico de depressão.

Há variabilidade na prevalência de sintomas depressivos entre idosos em diferentes partes do mundo, dependendo das características sociais, culturais, étnicas e morbidades presentes, inclusive com variações dentro de um mesmo país. Um consórcio realizado em nove cidades europeias com indivíduos de 65 anos ou mais, residentes na comunidade, identificou, em média, uma prevalência de sintomas depressivos de 12,3%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) 11,8 – 12,9, sendo de 14,1% nas mulheres (IC95% 13,5 – 14,8) e 8,6% nos indivíduos do sexo masculino (IC95% 7,9 – 9,3)⁷.

No Brasil, estudos de base populacional que avaliaram sintomas depressivos em idosos foram conduzidos nos estados da Paraíba⁸, São Paulo⁹, Rio Grande do Sul¹⁰, Rio Grande do Norte¹¹ e Minas Gerais¹². As prevalências observadas variam entre 18,8 (IC95% 16,8 – 20,8) e 38,5% (IC95% 36,0 – 41,0).

De acordo a revisão da literatura, a maioria dos estudos observou prevalências elevadas de sintomas depressivos nas mulheres, nos idosos com maior idade, entre aqueles que não viviam com companheiro, naqueles menos escolarizados, com menor renda, que apresentaram comorbidades com outras doenças crônicas e que pior autoavaliaram a sua situação de saúde.

A etiologia dos sintomas depressivos ainda é desconhecida. Pode-se dizer que é um conjunto multifatorial determinado por problemas psicossociais, biológicos, culturais, socioeconômicos, familiares ou até mesmo pela associação de patologias coexistentes como doenças crônicas, incapacidades funcionais ou demência¹³.

Em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento, ou os confundem com ansiedade e tristeza^{13,14}. A falha no diagnóstico e a inexistência de um manejo adequado podem resultar em um pior prognóstico e comprometimento físico, social e funcional, com impacto negativo sobre a qualidade de vida do idoso¹³. Assim, tanto a interação do idoso quanto o ambiente em que ele vive têm relação com o binômio saúde e doença no processo de envelhecimento¹⁵.

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados na população idosa do município de Bagé, Rio Grande do Sul. Compreender a ocorrência de sintomas depressivos e seus correlatos em idosos no âmbito populacional torna-se importante para identificar grupos prioritários na organização da demanda e do cuidado ofertado nos serviços de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional* realizado em 2008. A população em estudo foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais, residentes

*Este artigo utilizou dados do Projeto “Saúde do Idoso: situação epidemiológica e utilização de serviços de saúde em Bagé, RS” (COCEPE: 406.00.036).

na área de abrangência das 20 unidades básicas de saúde (UBS) da zona urbana de Bagé, Rio Grande do Sul. Desse total, 15 UBS trabalhavam com estratégia saúde da família e 5 com modelo tradicional de atenção, cobrindo assim, a totalidade da população urbana.

PROCEDIMENTOS DA LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

A logística para coleta de dados iniciou com a delimitação da área de abrangência de cada uma das UBS, seguida da sua divisão em microáreas e da numeração das respectivas quadras. O ponto de início da coleta de dados foi selecionado aleatoriamente em cada quadra. Os domicílios localizados à esquerda foram considerados elegíveis. Um a cada cinco domicílios foi selecionado para favorecer a dispersão da amostra na área. Todos os idosos residentes no domicílio foram convidados a participar do estudo. As entrevistas não realizadas após três tentativas em dias e horários diferentes foram consideradas perdas/recusas. Não foram admitidas substituições. Os dados foram coletados através de questionários estruturados com questões pré-codificadas.

MEDIDAS DO DESFECHO E VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Os sintomas depressivos foram investigados utilizando-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (*Geriatric Depression Scale – GDS 15*). Essa escala contém 15 itens e oferece medidas válidas para o rastreio de EDM de acordo com os critérios da CID-10 e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Os itens do instrumento são compostos por questões com respostas dicotômicas (sim/não) e são referentes ao sentimento do idoso na maioria dos 30 dias anteriores à entrevista. Os sintomas avaliados pela GDS incluem satisfação com a vida, falta de interesse e energia para realizar atividades, irritabilidade, humor e desesperança. O ponto de corte utilizado neste estudo foi de 5/6 (não caso/caso), recomendado por Almeida e Almeida¹⁵, que validaram a escala no Brasil, apresentando sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9%.

As variáveis demográficas e socioeconômicas utilizadas nesta análise foram: sexo (feminino e masculino), idade (60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro; viúvo; solteiro ou divorciado), escolaridade (sem escolaridade; 1 a 7 anos; 8 anos ou mais), classificação econômica coletada de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) e categorizada (A/B; C; D/E), aposentadoria pelo INSS (sim; não). A presença de

morbidade foi questionada através do autorrelato (sim; não) de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes e problemas cardíacos. A autopercepção de saúde foi categorizada em péssima ou ruim, regular, ótima ou boa, e a satisfação com a vida em satisfeito ou insatisfeito.

Para identificar a presença de incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz¹⁶ e de Lawton e Brody¹⁷. As incapacidades básicas para vida diária (AVD) são relacionadas ao autocuidado e investigam a presença de autonomia (faz sozinho ou precisa de ajuda) para alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas¹³. As incapacidades instrumentais para vida diária (AIVD) estão relacionadas à participação do idoso no seu entorno social, de modo independente, incluindo a utilização de meios de transporte, a manipulação de medicamentos, a realização de compras e de tarefas domésticas leves e pesadas, a utilização de telefone, a preparação de refeições e o cuidado das próprias finanças¹³. Foi considerada presença de incapacidade funcional a necessidade de ajuda para, no mínimo, umas das AVD ou AIVD.

ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 12. A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais e IC95% para as variáveis categóricas¹⁸. Foi utilizada a regressão de Poisson com estimativas robustas de variância, com cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas e IC95%¹⁹. Para a análise dos dados foi utilizado um hierárquico para determinação dos sintomas depressivos. A análise ajustada manteve, em cada nível, as variáveis com o valor $p < 0,20$, de modo a considerar o efeito de cada variável em relação ao desfecho controlando para confusão entre as variáveis do mesmo nível ou de níveis superiores. O modelo de análise incluiu no primeiro nível as variáveis: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, classificação econômica e aposentadoria. No segundo nível: o diagnóstico médico autorreferido de hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e incapacidades funcionais. No terceiro nível foram incluídas a autopercepção de saúde e a satisfação com a vida. No teste de Wald de heterogeneidade e para tendência linear foram utilizadas e consideradas estatisticamente significativas associações com $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado dos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do anonimato na divulgação dos resultados.

RESULTADOS

A logística utilizada permitiu a identificação de 1.713 indivíduos com 60 anos ou mais, dos quais 1.593 participaram do estudo e 1.514 idosos responderam às questões relacionadas ao desfecho. Os percentuais de perdas e recusas foram de 4 e 3%, respectivamente.

A Tabela 1 apresenta as características da população estudada, análise bruta e ajustada. As mulheres representaram 62,8% do total de entrevistados. A média de idade foi 70 anos (DP = 8,24), sendo que 25,1% dos idosos tinham entre 60 e 64 anos e 31,2%, 75 anos ou mais. A maioria autorreferiu cor da pele branca (78,6%), aproximadamente a metade dos indivíduos eram casados ou viviam com companheiro (51,3%) e tinham de 1 a 7 anos de estudo (54,5%). A maioria (38,9%) pertencia à classificação econômica C e mais de dois terços (71,7%) eram aposentados.

O percentual de indivíduos que autorreferiram diagnóstico médico de hipertensão, problema cardíaco e diabetes foram, respectivamente, de 55,3; 29,6 e 15,1%. A prevalência de incapacidade para atividades básicas da vida diária foi de 10,6% e a prevalência para incapacidade para as atividades instrumentais da vida diária foi de 34,2%. Quanto à autopercepção de saúde, 58,8% perceberam sua saúde como boa ou ótima, sendo que aproximadamente 95% dos idosos relataram satisfação com a vida. A prevalência de depressão na população idosa da área urbana de Bagé foi de 18,0% (IC95% 16,1 – 19,9), sendo 20,5% nas áreas cobertas pela ESF e 15,1% nas áreas da atenção básica tradicional ($p = 0,006$).

Na análise bruta, todas as variáveis apresentaram associação com os sintomas depressivos. Na análise ajustada, a prevalência de depressão entre as mulheres foi quase duas vezes maior do que entre os homens (RP = 1,60; IC95% 1,23 – 2,08).

Indivíduos de cor da pele amarela, parda ou indígenas tiveram quase 50,0% a mais de sintomas depressivos do que os indivíduos com cor da pele branca. Idosos das classes D/E tiveram maiores prevalências de sintomas depressivos quando comparados aos indivíduos das classes A/B (RP = 1,65; IC95% 1,21 – 2,27). Os idosos que recebiam aposentadoria apresentaram menores prevalências dos sintomas depressivos do que aqueles que não recebiam aposentadoria (RP = 0,77; IC95% 0,61 – 0,97). Em relação às doenças autorreferidas, os idosos com problemas cardíacos apresentaram quase 30,0% a mais de prevalência dos sintomas depressivos comparados com aqueles que não relataram problemas cardíacos. Indivíduos com incapacidade para AVD e AIVD apresentaram prevalência de sintomas depressivos cerca de duas vezes maior do que aqueles que não apresentavam incapacidades funcionais (RP = 2,07; IC95% 1,59 – 2,69) e instrumentais da vida diária (RP = 1,82; IC95% 1,43 – 2,33). Os sintomas depressivos apresentaram um incremento linear na associação com autopercepção de saúde, isto é, aqueles com autopercepção regular (RP = 2,19; IC95% 1,69 – 2,85) e péssima/ruim (RP = 3,24; IC95% 2,34 – 4,49) apresentaram as maiores prevalências de sintomas depressivos quando comparados aos idosos com avaliação boa

Tabela 1. Descrição da amostra, análise bruta e ajustada dos sintomas depressivos e as variáveis independentes na população idosa. Bagé, Rio Grande do Sul, 2008 (n = 1.593).

Variáveis	Descrição n (%)	Sintomas depressivos (%)	Análise bruta	Análise ajustada
			RP (IC95%)	RP (IC95%)
Nível 1				
Sexo			p < 0,001	p < 0,001
Masculino	593 (37,2)	12,3	1	1
Feminino	1000 (62,8)	21,4	1,74 (1,35 – 2,23)	1,60 (1,23 – 2,08)
Idade (em anos completos)			p = 0,038	p = 0,051
60 a 64	400 (25,1)	18,0	1	1
65 a 69	374 (23,5)	13,2	0,73 (0,52 – 1,03)	0,75 (0,54 – 1,05)
70 a 74	322 (20,2)	21,1	1,18 (0,87 – 1,59)	1,19 (0,87 – 1,62)
75 ou mais	497 (31,2)	19,8	1,10 (0,83 – 1,46)	1,09 (0,82 – 1,46)
Cor da pele (autorreferida)			p = 0,021	p = 0,044
Branca	1252 (78,6)	17,0	1	1
Preta	139 (8,7)	17,1	1,01 (0,67 – 1,50)	0,96 (0,65 – 1,43)
Amarela/Parda/Indígena	202 (12,7)	25,0	1,47 (1,12 – 1,94)	1,41 (1,07 – 1,86)
Situação Conjugal			p < 0,001	p = 0,256
Casado(a)/com companheiro(a)	816 (51,3)	14,0	1	1
Solteiro(a)/separado(a)	238 (14,9)	19,9	1,42 (1,03 – 1,95)	1,16 (0,84 – 1,62)
Viúvo(a)	538 (33,8)	23,3	1,66 (1,31 – 2,10)	1,26 (0,96 – 1,65)
Escolaridade (em anos completos)			p = 0,001*	p = 0,290
Sem escolaridade	372 (23,7)	23,1	1,75 (1,25 – 2,45)	1,34 (0,90 – 2,01)
1 a 7	858 (54,5)	17,4	1,32 (0,96 – 1,81)	1,13 (0,80 – 1,61)
≥ 8	342 (21,8)	13,2	1	1
Classificação econômica (ABEP)			p < 0,001*	p = 0,001*
A/B	429 (27,1)	12,0	1	1
C	615 (38,9)	18,3	1,53 (1,12 – 2,10)	1,41 (1,02 – 1,94)
D/E	537 (34,0)	22,3	1,86 (1,37 – 2,54)	1,65 (1,21 – 2,27)
Aposentadoria			p = 0,001	p = 0,026
Não	451 (28,3)	23,0	1	1
Sim	1142 (71,7)	16,0	0,70 (0,56 – 0,87)	0,77 (0,61 – 0,97)
Nível 2				
Hipertensão referida			p = 0,032	p = 0,706
Não	712 (44,7)	15,6	1	1
Sim	881 (55,3)	19,9	1,28 (1,02 – 1,59)	1,05 (0,83 – 1,32)
Diabetes referida			p = 0,044	p = 0,381
Não	1352 (84,9)	17,2	1	1
Sim	241 (15,1)	22,7	1,32 (1,01 – 1,73)	1,12 (0,87 – 1,46)
Problema cardíaco referido			p = 0,001	p = 0,032
Não	1122 (70,4)	15,9	1	1
Sim	471 (29,6)	23,1	1,45 (1,17 – 1,81)	1,27 (1,02 – 1,57)
Incapacidade para AVD			p < 0,001	p < 0,001
Não	1424 (89,4)	15,5	1	1
Sim	169 (10,6)	47,4	3,05 (2,43 – 3,83)	2,07 (1,59 – 2,69)
Incapacidade para AIVD			p < 0,001	p < 0,001
Não	1045 (65,8)	12,7	1	1
Sim	544 (34,2)	29,6	2,33 (1,88 – 2,87)	1,82 (1,43 – 2,33)
Nível 3				
Autoavaliação da saúde			p < 0,001*	p < 0,001*
Ótima/Boa	906 (58,8)	9,2	1	1
Regular	525 (34,1)	24,9	2,70 (2,09 – 3,48)	2,19 (1,69 – 2,85)
Péssima/Ruim	109 (7,1)	57,7	6,25 (4,80 – 8,14)	3,24 (2,34 – 4,49)
Satisfação com a vida			p < 0,001	p < 0,001
Satisfeito	1449 (94,3)	14,7	1	1
Insatisfeito	87 (5,7)	72,6	4,93 (4,12 – 5,92)	2,27 (1,77 – 2,93)

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; AVD: atividades da vida diária; AIVD: atividades instrumentais da vida diária.

ou ótima da saúde. Idosos insatisfeitos com a vida tiveram uma prevalência duas vezes maior de sintomas depressivos quando comparados aos indivíduos satisfeitos.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos na população idosa de Bagé com 60 anos ou mais foi de 18,0% e a diferença na prevalência de sintomas depressivos em idosos por modelo de atenção básica, foi 20,5% nas áreas cobertas pela ESF e 15,1% nas áreas da atenção básica tradicional ($p = 0,006$).

Foi observada associação dos sintomas depressivos com o sexo feminino, cor da pele amarela, parda ou indígena, menor classificação econômica, relato de problemas cardíacos, presença de incapacidade para atividades básicas e instrumentais da vida diária, pior autopercepção de saúde e insatisfação em sua vida em geral.

O estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em São Paulo no ano de 2000 ($n = 2.143$), com indivíduos da mesma faixa etária, identificou uma prevalência semelhante de sintomas depressivos (18,1%), com diferencial importante entre homens e mulheres (12,7 e 22,0%, respectivamente)²⁰. Entretanto, estudo realizado em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, em 2002, com 310 idosos acima de 60 anos, identificou uma prevalência de depressão de 25,5%¹¹. Ambos os estudos são de base populacional e utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Em Bambuí, Minas Gerais, no ano de 2008, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12), foi detectado que 38,5% dos idosos apresentavam sintomas depressivos¹².

A maior prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino pode ser explicada pelas questões sociais às quais as mulheres estão expostas, como por exemplo, violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, alimentação e trabalho, cuidado da saúde e seguridade social²⁰. Uma revisão sistemática que reuniu 116 estudos de prevalência e 4 estudos de incidência evidencia a consistência dessa associação²¹, mas as explicações causais para sua ocorrência ainda são insuficientes. Piccinelli et al.²², em uma revisão crítica sobre a diferença na prevalência de depressão entre os sexos, reúnem uma série de fatores explicativos, com destaque para o ambiente familiar com experiências na infância que poderiam determinar padrões de resposta psíquica a eventos estressores, aos quais o sexo feminino estaria mais vulnerável, e o maior risco para episódios depressivos em idades precoces nas mulheres, sendo esse fato um preditor importante de futuros episódios depressivos. A feminização no processo de envelhecimento incrementa a ocorrência de problemas crônicos de saúde, o isolamento social e transtornos emocionais decorrentes da aposentadoria, da viuvez e das alterações fisiológicas²³.

Neste estudo, a aposentadoria mostrou ser um fator de proteção contra depressão, mantendo uma associação positiva mesmo após ajuste para possíveis fatores de confusão. Portanto, a renda é um elemento importante para preservação da autonomia e a

inatividade econômica pode impossibilitar o acesso ao cuidado adequado e aquisição de medicamentos para a manutenção do tratamento de doenças crônicas e incapacitantes, refletindo diretamente na qualidade de vida do idoso¹¹.

Alguns autores destacam que idosos não cadastrados nos programas de transferência de renda do governo federal e sem qualquer outro recurso econômico disponível podem ter prejuízos à saúde mental e física, refletindo em isolamento social próprio de portadores de doenças graves²⁴.

Houve uma significativa associação entre sintomas depressivos e problemas cardíacos. Idosos que autorreferiram problemas cardíacos apresentaram uma probabilidade maior de desenvolver sintomas depressivos comparados aos idosos sem cardiopatias (RP = 1,27), talvez pelas restrições alimentares e maior dependência física e econômica resultante das doenças crônicas, além da reclusão social²⁵. Dessa forma, os sintomas depressivos parecem afetar, entre outras coisas, a aderência à medicação e cuidados de saúde em indivíduos com problemas cardiovasculares²⁶. Embora a grande maioria dos idosos seja portador de alguma doença crônica, nem todas se configuram como incapacitantes; alguns levam uma vida normal com controle de suas enfermidades e com expressa satisfação de vida²⁵.

A presença de incapacidades funcionais praticamente dobrou a probabilidade de ocorrência de sintomas depressivos. Considerando que as AVD e AIVD são imprescindíveis e requerem elaboração, coordenação e destreza, a mínima alteração dessas funções pode ser fator para perda da autonomia e conseqüente isolamento social, além de desenvolver alguma deficiência e gerar sentimentos de ansiedade e insegurança, podendo desencadear um episódio depressivo¹¹.

A associação de sintomas depressivos e problemas cardíacos ou incapacidades funcionais reforça a necessidade de monitoramento das condições físicas e psíquicas dos idosos. Embora nos pareça que os problemas cardíacos e as incapacidades funcionais precedam os sintomas depressivos, esse provável fato deve ser avaliado com cautela, uma vez que o delineamento deste estudo está sujeito à causalidade reversa.

A autopercepção de saúde tem mostrado ser um poderoso indicador de saúde, pois está associado a doenças crônicas e mortalidade²⁷⁻²⁹. Esse indicador pode ser utilizado como um preditor de sobrevivência contemplando aspectos da saúde física e psíquica, estando associado ao estado real de saúde do idoso e traduzindo as representações objetivas de saúde³⁰.

Em Bagé, a autopercepção de saúde esteve fortemente associada à presença de sintomas depressivos, praticamente triplicando sua prevalência entre os indivíduos que a avaliaram como ruim ou péssima quando comparados àqueles com autopercepção boa ou ótima.

A insatisfação com a vida também mostrou forte associação com sintomas depressivos. Essa é uma pergunta simples e de fácil aplicação no dia-a-dia, podendo servir de marcador no rastreamento de sintomas depressivos.

Segundo Ramos²⁵, o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde precisa ser visto com cuidado quando relativo aos idosos. Nessa população, a ausência de doenças é privilégio de poucos, mas se devidamente controladas, permitirão ao idoso ter uma boa qualidade de vida. Além disso, o envelhecimento saudável é resultado do equilíbrio de vários fatores como autonomia, independência física e econômica, capacidade funcional e suporte social, sem necessariamente ausência de doenças²⁵.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de promoção em saúde, atentando para práticas que estimulem o envelhecimento ativo e diminuam a incapacidade funcional.

O delineamento transversal, utilizado no presente estudo, possibilitou identificar a prevalência de sintomas depressivos em amostra representativa dos idosos moradores nas áreas de abrangência cobertas pela estratégia Saúde da Família e nas áreas da atenção básica tradicional da zona urbana do município de Bagé, Rio Grande do Sul. Esse achado é original, uma vez que não foram identificados estudos evidenciando esse resultado. Entretanto, se destaca a possibilidade de causalidade reversa como, por exemplo, nas associações do desfecho com autoavaliação de saúde e satisfação com a vida. Todavia, optou-se por mantê-las na análise, pois são de grande relevância para o planejamento das ações em saúde relacionadas ao cuidado da população idosa. Os demais achados ratificam o padrão de prevalência e associações encontradas em outros estudos, em diferentes períodos e locais, utilizando o mesmo instrumento.

Em consequência, recomenda-se a utilização do instrumento GDS 15 na rotina dos serviços de atenção básica de modo a orientar a intervenção dos profissionais de saúde evitando o agravamento do problema e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

O conhecimento dos fatores associados aos sintomas depressivos poderá auxiliar os gestores e demais profissionais de saúde no enfrentamento do desafio de assegurar um envelhecimento saudável à população, reforçando a prioridade da saúde mental de idosos na atenção básica e garantindo cidadania e dignidade. Para tanto, são necessários investimentos na melhoria das condições de saúde do idoso, focando na manutenção da independência física e autonomia sem esquecer as condições econômicas e o suporte social.

Portanto, diante do processo de envelhecimento populacional, é recomendável a implantação de estratégias eficientes no acolhimento dos idosos pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde, o fortalecimento das relações formais e a identificação precoce de risco para o agravamento de sintomas depressivos, como por exemplo, limitações na capacidade funcional geradoras de insatisfação com a vida.

REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18(1): 23-33.
2. World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60 p.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
5. Burvill PW, Knuiman MW. The influence of minor psychiatric morbidity on consulting rates to general practitioners. *Psychol Med* 1983; 13(3): 635-43.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54.
7. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3(1): 45-9.
8. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MS, Moreira MA, Caldas CP. [The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown]. *Ciêns Saúde Colet* 2012; 17(8): 2191-8.
9. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry: life events and social support in late life depression. *Clinics (São Paulo)* 2010; 66(2): 233-8.
10. Blay SL, Batista AD, Andreoli SB, Gastal FL. The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(11): 934-43.
11. Maciel ÁCC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1): 26-33.
12. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambui Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(2): 104-9.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Snowden J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(Suppl 1): 42-7.
15. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 57(2B): 421-6.
16. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3): 179-86.
18. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21-4.
19. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7.
20. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.
21. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2012; 43(3): 471-81.
22. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-92.
23. Lima LCV, Bueno, CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. *Saúde Pesq* 2009; 2(2): 273-80.
24. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
25. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 793-8.
26. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001; 358(9295): 1766-71.

27. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med* 2004; 59(6): 1297-306.
28. Sundquist J, Johanson SE. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51(1): 35-40.
29. Vuorisalmi M, Lintonen T, Julhä M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(7): 680-7.
30. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Cogitare Enferm* 2010; 15(2): 217-24.

Recebido em: 18/10/2013

Versão final apresentada em: 13/05/2014

Aceito em: 30/05/2014