

## ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, FATORES SOCIODEMOGRAFICOS E AUTO RELATO DE DOENÇAS

Lízie Emanuelle Eulalio Brasileiro (1); Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo (2);  
Edivan Gonçalves da Silva Júnior (3); Anita Liberalesso Neri (4); Iris do Céu Clara  
Costa (5)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [lizie.eeb@gmail.com](mailto:lizie.eeb@gmail.com)<sup>1</sup>; Universidade Federal  
da Paraíba. E-mail: [romulo.psig@gmail.com](mailto:romulo.psig@gmail.com)<sup>2</sup>; Universidade Estadual da Paraíba. E-mail:  
[edivangoncalves.junior@gmail.com](mailto:edivangoncalves.junior@gmail.com)<sup>3</sup>; Universidade Estadual de Campinas. E-mail:  
[anitalbn@uol.com.br](mailto:anitalbn@uol.com.br)<sup>4</sup>; Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail:  
[iris\\_odontoufrn@yahoo.com.br](mailto:iris_odontoufrn@yahoo.com.br)<sup>5</sup>

### RESUMO

Dentre as doenças mais incapacitantes, a depressão tem surgido com bastante frequência, o que a configura como um grave problema de saúde pública. Para que se possa entender este fenômeno, faz-se necessário melhor compreensão dos fatores envolvidos. A fim de compreendê-lo, objetiva-se buscar associação entre a depressão, fatores sócio demográficos e auto relato de doenças crônicas. Este trabalho fez parte do estudo da Rede FIBRA (Fragilidade em idosos brasileiros) conduzido em diversas cidades do Brasil. Trata-se de estudo transversal, quantitativo, com análise de frequência simples e teste inferencial de Pearson Qui-quadrado. Foi observada significância estatística no grupo das mulheres estudadas ( $p = 0,07$ ), idosos viúvos ( $p = 0,02$ ) e algumas doenças auto relatadas como doenças cardiovasculares e doenças reumatológicas. Conclui-se diante dos resultados obtidos, que houve associação entre idosos depressivos com algumas características sócio demográficas e doenças auto relatadas. Este tipo de relação é importante, de maneira tal, para que possa proporcionar base para políticas públicas em saúde direcionadas à população idosa.

**Palavras-Chave:** Idosos; Depressão; autopercepção de doenças.

### ABSTRACT

Among the most disabling diseases, depression has arisen fairly frequently, which sets major public health problem. To be able to understand this phenomenon, it is necessary to better understand the involved factors. In order to understand it, the objective is to search for association between depression, sociodemographic factors and self-chronic diseases. This work was part of the study FIBRA's network (Fragility in Brazilian elderly) conducted in several cities in Brazil. This work is a crossed-sectional, quantitative study with simple frequency analysis and inferential Pearson's Chi-square. Statistical significance was observed in the group of women studied ( $p = 0.07$ ), widowed ( $p = 0.02$ ) and some self-reported diseases such as cardiovascular disease and osteojoint disease. Thus, the results obtained lead us to conclude that there was association between depressive elderly with some sociodemographic characteristics and self-related diseases. This type of relationship

is important, in such a way, so you can provide the basis for health policies targeting the elderly.

**Keywords:** Elderly, depression, self-assessment of diseases.

## INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a depressão tem sido cada vez mais estudada diante do extenso prejuízo por ela causado, notadamente a incapacidade. Nos idosos, embora o conhecimento sobre os transtornos depressivos esteja em ascensão, permanece como desafio aumentar a detecção da doença, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos portadores.

O fato de que a população mundial esteja envelhecendo está consolidado, o que conduz de forma crescente a necessidade de estudarem-se os aspectos associados à depressão no idoso. O estudo de Garcia-Pena<sup>1</sup> detectou uma prevalência de depressão, avaliada através da Escala de depressão Geriátrica (GDS- *Geriatric Depression Scale*)<sup>2</sup>, na cidade do México de 21,7% entre os idosos de mais de 60 anos<sup>1</sup>.

Acredita-se que a depressão no idoso apresente diferentes características predominantes quando comparada à depressão no adulto mais jovem. Entende-se que sintomas do tipo somáticos, cognitivos e perda de interesse predominem nesta faixa etária estudada, em contrapartida aos sintomas afetivos mais comuns no adulto<sup>3</sup>.

Outrossim, a diminuição na capacidade funcional, na execução de atividades diárias<sup>3,4</sup>, tal como a presença de doenças crônicas, podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de episódio depressivo, embora alguns estudos não encontrem associações ou correlação<sup>4</sup>. A percepção da iminência da morte pode estar associada com a alteração no bem-estar do idoso e consequente presença de sintomas depressivos<sup>5</sup>.

Diante desse cenário, tem-se como objetivo descrever as associações entre depressão, características sócio demográficas e auto relatos de doenças em idosos não institucionalizados na cidade de Campina Grande-PB.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo seccional, com abordagem quantitativa, o qual foi conduzido pela Rede FIBRA entre os anos de 2008 e 2009. Os dados dizem respeito aqueles colhidos no município de Campina Grande-PB, a qual configurou como uma das 7 cidades pesquisadas que compuseram o pólo da cidade de Campinas- SP (UNICAMP).

O tamanho amostral necessário foi estimado respeitando-se o resultado do cálculo de  $n = \{z^2 \times [p \times q / (d)^2]\}$ , de modo a se ter 50% de ocorrência de uma determinada característica da população idosa<sup>6</sup>, permitindo erro de 5%. O resultado do cálculo apontou 385 idosos como amostra mínima necessária. A amostra foi probabilística por conglomerados, a partir dos setores censitários.

### *Procedimentos*

A partir de lista fornecida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)<sup>7</sup>, foram sorteados os setores censitários, tal como os domicílios, onde os idosos foram recrutados. A totalidade dos domicílios foi incluída até obtenção de 20 idosos em cada setor.

Inicialmente, os idosos foram convidados a participar do estudo, para coleta das informações necessárias, em um local escolhido com base na acessibilidade dos mesmos. Portanto, a coleta dos dados ocorreu em uma única sessão, com tempo variável de duração, sendo em média de 45 minutos.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções fornecidas, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio. Os critérios de exclusão utilizados, por meio de observação, foram os seguintes: a) idosos com déficit cognitivo grave; b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados ou com problemas de mobilidade; c) os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico; d) os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; e) os portadores de graves déficits de audição ou de visão; e f) os que estivessem em estágio terminal.



O início da sessão de coleta de dados ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário foi respondido pelos idosos que atingiram a pontuação mínima estabelecida pelo instrumento de rastreio cognitivo, já validado em outros idiomas além do português, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

#### *Instrumentos*

Para a coleta de dados foram utilizados questionários e escalas validadas: MEEM e GDS. O questionário era de cunho sócio demográfico e questões de problemas de saúde auto relatadas (“Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?”, sendo lido uma lista de 9 tópicos relacionados a doenças prevalentes em idosos). O MEEM tem o propósito de avaliar o estado cognitivo de maneira global, e de forma prática, é utilizado para aplicação em estudos epidemiológicos em idoso. Consegue envolver avaliação da orientação, memória, atenção, nomeação, resposta a comandos, escrita espontânea e cópia de complexo polígono<sup>8</sup>. As notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram baseadas em replicação do teste em português<sup>9</sup>.

*Escala de Depressão geriátrica (GDS)*. Utilizou-se o instrumento para levantamento de transtorno depressivo recomendado pela Organização Mundial de Saúde/CID-10<sup>2</sup>. A Escala de Depressão Geriátrica – forma reduzida é composta por 15 itens que investigam o humor e o sentimento do sujeito nas últimas 2 semanas, sendo que aquele acima de 5 pontos sugere provável depressão<sup>10</sup>.

#### *Análise dos dados*

Os dados foram apresentados de maneira a demonstrar frequências absolutas e relativas, análise através de testes inferenciais no qual foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Em todas as medidas foi aceito erro de 5%, ou seja,  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 403 idosos, dentre os quais 249 (61,8%) foram inclusos após aplicação do MEEM. Destes, a média de idade foi de 72,7 (IC 95% 71,9 a 73,45), porcentagem de mulheres foi 68,6% e de depressão de 14,9%.

A partir dos testes que relacionaram depressão e dados sócio demográficos expostos na tabela 1, foi observado que 28,7% das mulheres possuem depressão ( $p = 0,007$ ). Também, pôde-se perceber uma maior frequência de idosos viúvos com depressão (34%;  $p = 0,02$ ).

Tabela 1. Associação entre depressão e dados demográficos entre idosos participantes do estudo da Rede FIBRA, Campina Grande-PB, 2009.

		Depressão GDS		Total	$p$
		Sem Depressão	Com Depressão		
Gênero	Masculino	72 86,7%	11 13,3%	83 100,0%	<b>0,007</b>
	Feminino	122 71,3%	49 28,7%	171 100,0%	
Faixa etária	65-69	78 82,1%	17 17,9%	95 100,0%	0,17
	70-74	60 77,9%	17 22,1%	77 100,0%	
	75-79	28 66,7%	14 33,3%	42 100,0%	
	>=80	28 70,0%	12 30,0%	40 100,0%	

Estado Civil	Casado ou vive com companheiro	102 82,3%	22 17,7%	124 100,0%	<b>0,02</b>
	Solteiro	19 86,4%	3 13,6%	22 100,0%	
	Divorciado, separado, desquitado	17 77,3%	5 22,7%	22 100,0%	
	Viúvo	56 65,1%	30 34,9%	86 100,0%	
Trabalha atualmente	Sim	33 84,6%	6 15,4%	39 100,0%	0,19
	Não	161 74,9%	54 25,1%	215 100,0%	

A diferença significativa entre a presença de depressão entre idosos do sexo feminino e masculino seguem as estatísticas parte dos estudos<sup>11, 12</sup>. Alguns autores tem como hipótese a presença de alterações socioculturais, incluindo maior presença de eventos estressantes e experiências psicológicas negativas<sup>11</sup>. Interessante ressaltar que mesmo com diferenças socioculturais mais acentuadas entre as cidades que compuseram o pólo Unicamp da Rede FIBRA, houve predomínio significativo de sintomas depressivos nas mulheres<sup>12</sup>. Também, nos 17 estudos utilizados em revisão sistemática, houve confirmação da totalidade de depressão com maior frequência em mulheres<sup>11</sup>.

Existe dificuldade na determinação da prevalência dos transtornos depressivos pelo fato destes apresentarem heterogeneidade no que diz respeito às formas de apresentação e aos diferentes instrumentos utilizados. As pesquisas buscam na maior parte dos estudos, identificar transtorno depressivo maior e sintomas depressivos, ao revés de transtorno depressivo menor e distímia, entre outros transtornos que são englobados pelo grupo de 'transtornos depressivos'. Entretanto, acredita-se que mesmo nas formas consideradas mais brandas de



depressão, permanecem sendo considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares<sup>13</sup>.

Segundo estudo de revisão sistemática<sup>11</sup>, a depressão maior obteve variação de frequência de 3 a 15% em alguns estados do Brasil, enquanto que sintomas clinicamente significativos de depressão, avaliado por questionário único, apresentou variação de 13 a 39% em sua frequência. A GDS foi elaborada de modo a contemplar sintomas agudos depressivos em idosos. Neste caso, foi escolhida como instrumento para avaliar depressão, tendo sido encontrado frequência de 14,9% (n = 60) de idosos com depressão.

Na tabela 2 foram apresentados os dados relativos à associação entre depressão e doenças auto relatadas. Verificou-se que 31,5% dos idosos que relataram ter doença cardíaca possuem depressão, contra apenas 20,7% dos idosos que não relataram problemas dessa natureza (p = 0,05).

Sabe-se que depressão e doenças cardiovasculares estão relacionadas a fatores fisiopatológicos em comum, principalmente devido ao aumento de marcadores pro-inflamatórios como a proteína C reativa, alterações na frequência cardíaca, na função plaquetária, alteração no eixo hipotálamo- pituitária- adrenal<sup>13, 14</sup>. Pode-se observar que esta teoria fisiopatológica contribui para compreensão de que a depressão é doença de grande potencial nocivo, tendo sido demonstrado em estudos de coorte relação de bidirecionalidade entre doença cardiovascular e depressão<sup>13, 14</sup>.

Observou-se ainda a existência de mais idosos com depressão que possuem artrite, osteoporose, perda involuntária de urina ou fezes (p < 0,05). A percepção de doenças crônicas pelo idoso está relacionada a incapacidades as mais diversas<sup>15</sup>. Este conceito, apresenta convergência teórica na medida que a depressão, como entidade mórbida, também costuma incapacitar os seus portadores através de alterações da vontade, na percepção do mundo, além das alterações cognitivas.

No presente estudo as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus não tiveram associação com depressão, o que demonstra a

importância da auto percepção da doença, principalmente porque são doenças que inicialmente não se apresentam por sinais clínicos de gravidade.

Por ser um estudo seccional, isso se constitui na sua maior limitação, pois impossibilita a identificação do que é causa ou efeito da depressão.

Tabela 2. Associação entre depressão e doenças auto relatadas pelos idosos da Rede FIBRA participantes da pesquisa. Campina Grande, 2009

		Depressão GDS			P
		Sem Depressão	Com Depressão	Total	
Doenças do coração, angina, infarto	Sim	50 68,5%	23 31,5%	73 100,0%	<b>0,05</b>
	Não	142 79,3%	37 20,7%	179 100,0%	
Pressão alta, hipertensão	Sim	116 73,9%	41 26,1%	157 100,0%	0,27
	Não	76 80,0%	19 20,0%	95 100,0%	
Derrame, avc, isquemia	Sim	13 76,5%	4 23,5%	17 100,0%	0,98
	Não	179 76,2%	56 23,8%	235 100,0%	
Diabetes Mellitus	Sim	31 67,4%	15 32,6%	46 100,0%	0,12
	Não	161 78,2%	45 21,8%	206 100,0%	
Tumor, cancer	Sim	11 84,6%	2 15,4%	13 100,0%	0,46
	Não	181 75,7%	58 24,3%	239 100,0%	
Artrite, reumatismo	Sim	76 67,9%	36 32,1%	112 100,0%	<b>0,005</b>
	Não	116 82,9%	24 17,1%	140 100,0%	
Doenças pulmonares	Sim	13 65,0%	7 35,0%	20 100,0%	0,22
	Não	178 77,1%	53 22,9%	231 100,0%	
Osteoporose	Sim	37	22	59	<b>0,006</b>



		62,7%	37,3%	100,0%	
	Não	154	38	192	
		80,2%	19,8%	100,0%	
Perda involuntária de urina	Sim	44	24	68	<b>0,009</b>
		64,7%	35,3%	100,0%	
	Não	149	36	185	
		80,5%	19,5%	100,0%	
Perda involuntária de fezes	Sim	13	11	24	<b>0,007</b>
		54,2%	45,8%	100,0%	
	Não	180	49	229	
		78,6%	21,4%	100,0%	

## CONCLUSÃO

Houve associação significativa entre depressão e sexo feminino, viuvez, auto percepção de doenças cardiovasculares graves (infarto, angina), artrite, osteoporose e perda involuntária de urina ou de fezes. Embora não saibamos à cerca da causalidade dessas variáveis, considera-se importante a verificação dos índices de depressão nos idosos em cidades de médio porte do nordeste brasileiro. Ainda, observar a relação que uma doença mental como a depressão pode apresentar com outras doenças, com a incapacidade e qualidade de vida, adverte-nos para a importância de seu estudo.

Diante dessas inferências, acredita-se que este tipo de relação seja importante de modo a sedimentar o conhecimento na área de saúde do idoso, a fim de proporcionar o surgimento de políticas públicas adequadas à esse segmento populacional.

## REFERÊNCIAS

1. Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of general internal medicine*. 2008;23(12):1973-80. DOI: [10.1007/s11606-008-0799-2](https://doi.org/10.1007/s11606-008-0799-2)
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale - a Preliminary-Report. *Journal of Psychiatric Research*. 1983;17(1):37-49. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>

3. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology. 2009;5:363-89. DOI: [10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621)
4. Sutin AR, Terracciano A, Milaneschi Y, An Y, Ferrucci L, Zonderman AB. The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. JAMA psychiatry. 2013;70(8):803-11. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2013.193](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.193)
5. Gerstorf D, Ram N, Mayraz G, Hidajat M, Lindenberger U, Wagner GG, et al. Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. Psychol Aging. 2010;25(2):477-85. DOI: [10.1037/a0017543](https://doi.org/10.1037/a0017543)
6. Silva NN. Amostragem probabilística: Um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: USP; 2001.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2011. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_anual/2011/Volume\\_Brasil/pnad\\_brasil\\_2011.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Volume_Brasil/pnad_brasil_2011.pdf).
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98. DOI: [10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
9. Brucki S, Nitrini R. Mini-Mental State Examination among lower educational levels and illiterates. Dementia & Neuro-psychologia. 2010;4:120-5. Disponível em: [http://www.demneuropsy.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=215](http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=215)
10. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 1999;57:421-6. DOI: [10.1590/S0004-282X1999000300013](https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013)
11. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. Int Psychogeriatr. 2010;22(5):712-26. DOI: [10.1017/S1041610210000463](https://doi.org/10.1017/S1041610210000463)
12. Bastitone SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes LO, Khoury HT, Eulálio MC, Cabral BE. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. São Paulo: Editora Alínea; 2013. p. 283-95

13. de Jonge P, Rosmalen JG, Kema IP, Doornbos B, van Melle JP, Pouter F, et al. Psychophysiological biomarkers explaining the association between depression and prognosis in coronary artery patients: a critical review of the literature. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2010;35(1):84-90. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2009.11.025](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.025)
14. Mittag O, Meyer T. The association of depressive symptoms and ischemic heart disease in older adults is not moderated by gender, marital status or education. *International journal of public health*. 2012;57(1):79-85. DOI: [10.1007/s00038-011-0256-6](https://doi.org/10.1007/s00038-011-0256-6)
15. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17:79-86. DOI: [10.1590/S1809-98232014000100009](https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009)