

## Relação entre os níveis de capacidade funcional e de funcionalidade familiar com a depressão em idosos

### *Relationship between the levels of functional capacity and family functionality and depression in the elderly*

Andréia Welter de Barros e Silva<sup>1</sup>  
Giovanna Grünewald Vietta<sup>1</sup>  
Márcia Regina Kretzer<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Analisar a relação dos níveis de capacidade funcional e da funcionalidade familiar com a depressão em idosos na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal realizado em Palhoça – SC, com idosos de ambos os sexos. Instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Katz, Escala de Lawton e APGAR familiar. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL. **Resultados:** Foram entrevistados 138 indivíduos, a maioria mulheres (52,9%), idade entre 60 e 69 anos (62,3%), brancos (87,0%), com até 8 anos de escolaridade (76,8%), aposentados (80,4%). Dos indivíduos entrevistados, 67,4% não possuíam companheiro e 14,5% residiam sozinhos. A prevalência da depressão foi de 43,5%. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (64,5%), *Diabetes Mellitus* (37,7%), osteoartrite (39,1%), insuficiência cardíaca (28,3%), DPOC (15,9%) e asma (9,4%). Verificou-se a presença concomitante de comorbidades. Na avaliação da capacidade funcional, 1,4% apresentaram dependência para atividades básicas diárias de vida (AVD) e 12,3% para atividades instrumentais (AIVD). A disfunção familiar esteve presente em 12,3% dos idosos (sendo 7,2% elevada). A depressão esteve associada ao sexo feminino (RP=1,538; p=0,031), indivíduos sem companheiro (RP=1,580; p=0,018) e a algumas comorbidades: hipertensão arterial (RP=1,652; p=0,024), insuficiência cardíaca (RP=1,941; p=0,001) e asma (RP=1,923; p=0,012). Não houve associação significativa entre capacidade funcional e depressão. Idosos com famílias disfuncionais apresentaram associação com a patologia (RP=1,969; p=0,003). **Conclusões:** A depressão em idosos está associada ao sexo feminino, não possui companheiro, comorbidades cardiovasculares e respiratórias e à presença de disfunção familiar.

**Palavras-chave:** Depressão em idosos; Capacidade funcional; Funcionalidade familiar.

---

<sup>1</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil.

## Abstract

**Objective:** To analyze the relation between levels of functional capacity and family functionality, and depression in the elderly in Family Health Strategy.

**Method:** cross-sectional study conducted in Palhoça – SC, with elderly of both genders. Instruments: Geriatric Depression Scale, Katz Scale, Lawton Scale and Family APGAR. Approved by the Research Ethics Committee of UNISUL.

**Results:** 138 individuals were interviewed, mostly women (52,9%), ages between 60 and 69 years (62,3%), white race (87,0%), with school level up to 8 years (76,8%), retired (80,4%). Of all the interviewed subjects, 67,4% did not have a spouse and 14,5% lived alone. The prevalence of depressions was 43,5%. The most frequent comorbidities were arterial hypertension (64,5%), *Diabetes Mellitus* (37,7%), osteoarthritis (39,1%), heart failure (28,3%), COPD (15,9%) and asthma (9,4%). Multiple comorbidities have been observed. In the functional capacity assessment, 1,4% presented dependency on basic activities of daily living (BADL) and 12,3% on instrumental activities (IADL). Familiar dysfunction occurred in 12,3% of the elderly (being 7,2% high dysfunction). Depression has been associated to the female gender (RP=1,538; p=0,031) to individuals without a spouse (RP=1,580; p=0,018) and to some comorbidities: arterial hypertension (RP=1,652; p=0,024), heart failure (RP=1,941; p=0,001) and asthma (RP=1,923; p=0,012). There was no significance between functional capacity and depression. Elderly individuals who had dysfunctional families presented association to the pathology (RP=1,969; p=0,003).

**Conclusions:** Depression in the elderly is associated with the female gender, not having a spouse, cardiovascular and respiratory morbidities and the presence of family dysfunction.

**Keywords:** Depression in elderly; Funcional capacity; Family functionality.

## INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, até os dias atuais, observou-se uma mudança significativa na qualidade e expectativa de vida da população, devido ao acesso a serviços de saúde, medicamentos e condições sanitárias. Houve uma alteração expressiva nas taxas de natalidade (principalmente após o advento da pílula anticoncepcional) e mortalidade de maneira geral, o que contribuiu para o envelhecimento populacional gradativo<sup>1</sup>. Este processo, denominado transição demográfica, iniciou-se na Europa após a Revolução Industrial, e ainda é observado na América Latina, principalmente em países em

desenvolvimento, o que torna o envelhecimento populacional uma realidade também no Brasil<sup>2</sup>. Estima-se que em 2050 haverá 270 milhões de idosos no mundo<sup>3</sup>. O último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, constatou uma população idosa brasileira de 20.440.215 indivíduos. Em 2015, a mesma correspondia a 14,3% da população total<sup>4</sup>.

Além do processo de transição demográfica, verificou-se ainda no país a ocorrência de alterações em seu perfil epidemiológico, onde o padrão de prevalência de doenças começou a sofrer mudanças, substituindo o predomínio de doenças infectocontagiosas por doenças

crônicas não transmissíveis, as quais acometem significativamente a população acima dos 60 anos<sup>1</sup>. O envelhecimento deixa o indivíduo mais propenso à contração de doenças e reduz a capacidade geral de desempenho de suas funções do ponto de vista fisiológico e social. Neste estágio, suas habilidades e experiências adquiridas em períodos anteriores amadurecem, o trato e sua função social se modificam, e o idoso depara-se com situações de perdas físicas e emocionais, o que resulta em vulnerabilidade sob diversos aspectos<sup>5</sup>. Ademais, o processo de envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência de doenças crônicas psiquiátricas, entre as quais se destaca a depressão – um dos problemas de saúde mental mais prevalentes na população idosa<sup>6</sup>.

A depressão é um transtorno de humor que pode trazer complicações de cunho biopsicossocial ao idoso e também maiores índices de morbidade, além de ser um importante fator de risco para o suicídio<sup>6-8</sup>. Sua prevalência mundial varia de 4,7 a 36,8% nessa faixa etária, de acordo com os instrumentos e pontos de corte utilizados para estimá-la, bem como da gravidade dos sintomas<sup>9</sup>. No Brasil, estudos mostram valores de prevalência que variam entre 3 e 41,9% em idosos não institucionalizados<sup>7,8,10-16</sup>. Não existe um critério específico para seu diagnóstico na população idosa, pois o mesmo é dificultado pelo fato da patologia poder apresentar-se de forma heterogênea,

envolvendo fatores de risco diversos. Além disso, muitas vezes os médicos ou até mesmo os pacientes interpretam os sintomas depressivos como manifestações inerentes ao processo de envelhecimento ou a outras comorbidades; o que contribui para o fato desse distúrbio ser frequentemente subdiagnosticado ou até mesmo ignorado nessa população<sup>1,5,7,10,12,17</sup>.

Os parâmetros de sintomas depressivos observados em idosos tendem a ser diferentes daqueles constatados em indivíduos mais jovens, podendo ser descritos pelos pacientes como alterações em características vegetativas como problemas relacionados ao sono, ao apetite, distúrbios do trato gastrointestinal, dores crônicas e cansaço excessivo<sup>7,10</sup>. As condições que predispõem à depressão nessa população envolvem principalmente possuir idade mais avançada, ser do sexo feminino, morar sozinho, ser divorciado, possuir baixo nível de educação e/ou renda, residir em instituições de longa permanência, baixo nível cognitivo, uso de determinados tipos de medicamentos, além do tabagismo e/ou alcoolismo. A presença de comorbidades e/ou de deficiências físicas contribui para o desenvolvimento e persistência de seus sintomas<sup>5,12-18</sup>.

A qualidade de vida do idoso também é afetada pela doença, visto que a condição de saúde de um indivíduo é fator importante na avaliação desse parâmetro que reflete o seu bem-estar. O conceito de qualidade de

vida envolve diversos aspectos, dentre os quais destaca-se a capacidade funcional, que consiste na habilidade e independência para a realização de tarefas de vida diárias<sup>1</sup>. Limitações funcionais caracterizam importante fator de risco para a instalação da depressão; além de poderem surgir e/ou acentuarem-se como complicação da patologia<sup>6,19,20</sup>.

Do ponto de vista de Saúde Pública, a avaliação da capacidade funcional do idoso estabelece-se como novo conceito de saúde, para orientar questões relacionadas à atenção à saúde dessa população. Constitui o passo inicial para detectar a presença de dificuldades e limitações para a realização de atividades diárias de vida, e pode ser feita através de medida direta de desempenho de tarefas específicas, ou também pela utilização de instrumentos multidimensionais, incluindo questionários de fácil acesso e aplicação<sup>1,2</sup>.

Ainda no contexto de saúde do idoso, a família torna-se um elemento central em seu cuidado, e a dinâmica familiar consiste em um importante parâmetro para avaliar os sintomas da depressão nessa faixa etária. Entende-se por dinâmica ou funcionalidade familiar a capacidade de cumprir e harmonizar funções e necessidades de seus membros, de modo que haja equilíbrio e harmonia nas relações e atitudes de seus componentes, no que diz respeito a situações de adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade

resolutiva<sup>12,21</sup>. Pesquisas envolvendo disfunção familiar sugerem que tal fato possa estar relacionado ao aparecimento ou persistência de sintomas depressivos em idosos<sup>12,21</sup>.

Sendo assim, uma detalhada investigação acerca de fatores de risco referentes à população idosa torna-se necessária, visto que permite inferir a possibilidade da presença da depressão para planejar estratégias de suporte e tratamento a esses pacientes<sup>5</sup>. Estudos realizados mostraram que, com essa abordagem, além dos benefícios à saúde de indivíduos sistematicamente avaliados quanto aos transtornos depressivos no atendimento básico, ocorre também importante redução de custos com atendimentos médicos<sup>22,23</sup>.

O tratamento dos sintomas depressivos em idosos envolvem tanto uma boa capacidade funcional ou o manejo de eventuais dificuldades para realização de atividades diárias de vida, bem como relações adequadas com seus familiares – pois uma família que possui um idoso com depressão idealmente deve adaptar-se e organizar-se para que o prognóstico do paciente seja favorável. O cuidado com o idoso inclui ainda atenção, respeito e responsabilidade, advindos tanto do contexto familiar quanto do contexto da saúde coletiva. Compreender tais aspectos relacionados a um idoso com depressão pode subsidiar o planejamento de cuidados para responder às suas necessidades não somente de saúde,

mas também sociais, garantindo-lhes atenção integral<sup>6,8,12,19,20</sup>. Nesse cenário, busca-se avaliar a relação dos níveis de capacidade funcional e da funcionalidade familiar com a depressão em idosos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional com delineamento transversal, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas no município de Palhoça, Santa Catarina. Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2017, com indivíduos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Foram excluídos idosos com déficit cognitivo relatado em prontuário, pessoas com incapacidade de responder no momento da entrevista e pacientes institucionalizados.

Uma amostra de 138 participantes foi calculada, sendo a seleção dos participantes realizada por conveniência e de maneira consecutiva, após consultas médicas e/ou de enfermagem de idosos, ou após os mesmos utilizarem o serviço de farmácia nas Unidades Básicas de Saúde.

Os participantes foram convidados a participar, sendo informados a respeito dos objetivos e do sigilo das informações coletadas, bem como da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, CAAE 71049717.7.0000.5369.

Como instrumentos de avaliação foram utilizadas escalas validadas e um questionário, aplicados pelos próprios pesquisadores, em salas apropriadas para garantir privacidade aos entrevistados. As variáveis independentes contemplaram as características sociodemográficas, clínicas, capacidade funcional para realização de atividades diárias básicas e instrumentais de vida, e funcionalidade familiar.

A variável dependente, depressão, foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, elaborada por Yesavage *et al*<sup>24</sup> e traduzida e validada no Brasil por Paradela *et al*<sup>25</sup>. O instrumento é composto por quinze perguntas às quais deve-se responder sim ou não, pontuando-se de 0 a 15. Um escore de 0 a 4 representa o indivíduo normal, de 5 a 10 caracteriza depressão leve; e entre 11 e 15 define depressão grave<sup>25</sup>.

As atividades básicas de vida diária (AVD) foram avaliadas pela Escala de Katz, elaborada por Katz *et al*<sup>26</sup> e posteriormente modificada pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing*<sup>27</sup>. Este instrumento avalia indivíduos idosos em relação ao desempenho de seis funções (banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação) a partir da utilização de um questionário padrão, onde se obtém um escore que varia de 0 a 6. Para cada uma das funções, o entrevistado recebe um ponto se for capaz de realizá-la sem supervisão, orientação ou assistência pessoal. Um resultado situado entre 0 e 2 caracteriza um indivíduo muito

dependente; de 3 a 4 configura dependência moderada; e entre 5 e 6 define que o indivíduo seja independente<sup>27</sup>.

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foram avaliadas pela Escala de Lawton, questionário elaborado por Lawton *et al*<sup>28</sup> e adaptado ao contexto brasileiro por Santos *et al*<sup>29</sup>, que avalia o nível da condição funcional em exercer atividades relacionadas a sete aspectos: uso do telefone, viagens, fazer compras, preparo de refeições, atividades domésticas, uso de medicamentos e manuseio de dinheiro. Pela aplicação desse instrumento se obtém de 1 a 3 pontos para cada um desses itens, com uma pontuação final que varia de 9 a 27. Escores menores que 18 equivalem à dependência total; entre 18 e 26 caracterizam dependência parcial; enquanto que o escore de 27 pontos qualifica independência do indivíduo para a realização de atividades instrumentais de vida diária<sup>29</sup>.

Para avaliar a funcionalidade familiar, foi aplicado a cada participante o APGAR de família, acrônimo referente a cinco dimensões: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (capacidade resolutive).

Desenvolvido em 1978 por Smilkstein<sup>30</sup> e traduzido e validado para o contexto brasileiro por Duarte no ano de 2001<sup>31</sup>; o APGAR de Família é composto por cinco perguntas, relacionadas às dimensões avaliadas, às quais responde-se “sempre”,

“algumas vezes” ou “nunca”, atribuindo-se às respostas pontuações de 2, 1 e 0; respectivamente. Resultados do somatório final das pontuações situados entre 0 a 4 caracterizam elevada disfunção familiar; 5 a 6 indicam moderada disfunção familiar; enquanto de pontuações acima de 7 representam boa funcionalidade familiar<sup>31</sup>.

Os dados coletados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). *Version* 18.0. Chicago: SPSS Inc; 2009. A associação entre variáveis categóricas de desfecho (depressão) com as variáveis de exposição (perfil clínico e epidemiológico, capacidade funcional e funcionalidade familiar) foi calculada com o teste qui-quadrado ou prova exata de Fischer. O nível de significância estabelecido foi de valor de  $p < 0,05$ . Utilizou-se como medida de associação Razão de Prevalência (RP) com os respectivos Intervalos de Confiança 95% (IC95%).

## RESULTADOS

Foram entrevistados 138 idosos em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de Palhoça. Houve maior prevalência de idade entre 60 e 69 anos (62,3% dos participantes), sexo feminino (52,9%), brancos (87,0%), grau de escolaridade de até 8 anos (76,8%), aposentados (80,4%). Quanto aos aspectos relacionados ao contexto familiar, 67,4%

eram casados ou viviam com companheiro, e 14,5% residiam sozinhos.

Em relação à presença de outras comorbidades, observou-se maior frequência de hipertensão arterial (64,5%), *Diabetes Mellitus* (37,7%), osteoartrite (39,1%), insuficiência cardíaca (ICC) (28,3%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (15,9%) e asma (9,4%).

Na avaliação da capacidade funcional, 1,4% foram classificados como dependentes para a realização de AVD e 12,3% dependentes para AIVD. Em relação à funcionalidade familiar, 12,3% dos entrevistados apresentaram disfunção familiar (5,1% disfunção moderada e 7,2%

elevada). A depressão apresentou prevalência em 43,5% entrevistados. Destes, 88,3% apresentaram depressão leve e 11,7% depressão severa.

Ao testar associações entre a presença de depressão com as características sociodemográficas (Tabela 1), foram encontradas diferenças estatísticas significativas relacionadas ao sexo feminino e à situação conjugal sem companheiro. O sexo feminino esteve 1,538 vezes mais associado à depressão ( $p=0,031$ ). Entre os idosos que viviam sem companheiro, a doença foi 1,580 vezes mais frequente ( $p=0,018$ ).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e depressão em idosos. Palhoça, SC, 2018.

Variáveis	Presença de depressão [n (%)]	RP* (IC95%)	Valor p
Sexo			
Feminino	38(52,1)	1,538	0,031
Masculino	22(33,8)	(1,026-2,306)	
Idade			
60-69 anos	23(44,2)	1,028	0,890
70 anos ou mais	37(43,0)	(0,696-1,519)	
Raça			
Branca	52(43,3)	0,975	0,929
Não branca	8(44,4)	(0,559-1,699)	
Escolaridade (em anos)			
Até 8 anos	30(42,3)	0,944	0,765
9 anos ou mais	30(44,8)	(0,645-1,380)	
Aposentadoria			
Sim	46(41,4)	0,799	0,328
Não	14(51,9)	(0,522-1,223)	
Situação conjugal			
Sem companheiro	26(57,8)	1,580	0,018
Com companheiro	34(36,6)	(1,096-2,279)	
Com quem reside			
Sozinho	9(45,0)	1,041	0,882
Acompanhado	51(43,2)	(0,615-1,763)	

\*Razão de Prevalência; Intervalo de confiança.

Fonte: Elaboração dos autores, 2018.

Na associação da depressão com comorbidades (Tabela 2), houve relação significativa com a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e asma.

**Tabela 2.** Comorbidades e depressão em idosos Palhoça, SC, 2018.

Variáveis	Presença de depressão [n (%)]	RP* (IC95%)	Valor p
Hipertensão			
Sim	45(50,6)	1,652	0,024
Não	15(30,6)	(1,033-2,640)	
<i>Diabetes Mellitus</i>			
Sim	27(51,9)	1,353	0,120
Não	33(38,4)	(0,931-1,968)	
Doença cerebrovascular			
Sim	10(55,6)	1,333	0,268
Não	50(41,7)	(0,838-2,121)	
Neoplasia			
Sim	4(33,3)	0,750	0,458
Não	56(44,4)	(0,329-1,709)	
Artrite reumatoide			
Sim	14(58,3)	1,446	0,106
Não	46(40,4)	(0,964-2,168)	
Osteoartrite			
Sim	20(37,0)	0,778	0,221
Não	40(47,6)	(0,514-1,176)	
Insuficiência cardíaca			
Sim	26(66,7)	1,941	0,001
Não	34(34,3)	(1,366-2,758)	
DPOC			
Sim	11(50,0)	1,184	0,501
Não	49(42,2)	(0,741-1,892)	
Asma			
Sim	10(76,9)	1,923	0,012
Não	50(40,0)	(1,332-2,776)	
Doença de Parkinson			
Sim	2(66,7)	1,552	0,402
Não	58(43,0)	(0,681-3,535)	
Demência			
Sim	2(100)	2,345	0,187
Não	58(42,6)	(1,930-2,849)	
Deficiência auditiva			
Sim	5(50,0)	1,164	0,455
Não	55(43,0)	(0,607-2,232)	
Deficiência visual			
Sim	1(25,0)	0,568	0,414
Não	59(44,0)	(0,103-3,133)	
Outras deficiências			
Sim	2(100,0)	2,345	0,187
Não	58(42,6)	(1,930-2,849)	

RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança.

Fonte: Elaboração dos autores, 2018.



As avaliações da capacidade funcional para AVD e AIVD não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, conforme mostra a Tabela 3. A

presença de disfunção familiar esteve associada significativamente à depressão, sendo esta característica 1,969 vezes mais prevalente ( $p=0,003$ ).

**Tabela 3.** Capacidade funcional, funcionalidade familiar e depressão em idosos. Palhoça, SC, 2018.

Variáveis	Presença de depressão [n (%)]	RP* (IC95%)	Valor p
Capacidade funcional para AVD			
Dependente	2(100,0)	2,345 (1,930-2,849)	0,187
Independente	58(42,6)		
Capacidade funcional para AIVD			
Dependente	10(58,8)	1,424 (0,907-2,234)	0,173
Independente	50(41,3)		
Funcionalidade familiar			
Disfunção familiar	13(76,5)	1,969 (0,907-2,234)	0,003
Boa funcionalidade familiar	47(38,8)		

RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança.

**Fonte:** Elaboração dos autores, 2018.

## DISCUSSÃO

A prevalência da depressão em idosos verificada no presente estudo foi de 43,5%, resultado semelhante a dados encontrados na literatura internacional e nacional. Huang *et al*<sup>2</sup>, em revisão sistemática que analisou a mesma variável em idosos da comunidade em estudos populacionais internacionais, realizados entre os anos de 1990 a 2008, observaram prevalências variando de 5,9% na China e 39,1% no Brasil. No nordeste brasileiro, estudo seccional de base populacional envolvendo 205 idosos residentes na zona

urbana da cidade de Campina Grande – PB, atendidos em Unidades Básicas de Saúde, observou depressão em 42,9% dos entrevistados<sup>11</sup>. Em Goiânia, cidade situada na região centro-oeste brasileira, 388 idosos atendidos pela ESF foram avaliados em estudo de base populacional com delineamento transversal; destes, 35,1% tinham depressão<sup>13</sup>. Em dourados (MS), estudo transversal envolvendo 374 idosos também atendidos pelo Programa ESF encontrou prevalência de depressão de 41,5%<sup>12</sup>. No que se refere à região Sul brasileira, valores próximos aos encontrados

foram observados. Estudo transversal envolvendo 621 idosos assistidos pela ESF, em Porto Alegre – RS, encontrou prevalência de 30,6%<sup>14</sup>. No estado de Santa Catarina, pesquisa feita em Criciúma, em estudo com base de dados populacional que avaliou 2.021 idosos provenientes da população entre 60 e 80 anos, obteve valores de prevalência de 26,2% para depressão<sup>15</sup>. Em Florianópolis – SC, o estudo *EpFloripa*, realizado por conglomerados em dois estágios, setores censitários e domicílios, obteve prevalência de depressão de 23,9% na população idosa<sup>16</sup>.

Resultados divergentes ao encontrado no presente estudo também foram observados na literatura, com valores inferiores de prevalência da depressão em idosos. Estudo de coorte no Japão envolvendo 530 indivíduos com mais de 65 anos não institucionalizados, no período de 2003 a 2004, encontrou valor de prevalência de depressão de 11%<sup>33</sup>. Na África do Sul, estudo transversal de base populacional que avaliou 3.840 idosos não institucionalizados encontrou sintomas depressivos em 4% da população analisada<sup>8</sup>. Na Colômbia, estudo com 136 idosos observou depressão em 7,3% da população observada, sendo que 3,7% da mesma apresentaram depressão severa<sup>34</sup>. Em revisão sistemática incluindo 17 estudos nacionais envolvendo idosos, incluindo dados de 1991 a 2009, Barcelos-Ferreira *et al*<sup>10</sup> observaram prevalências variando de 3 a 15% de depressão.

Infere-se que a prevalência dos sintomas depressivos em idosos apresente tais divergências devido ao fato de que muitos destes indivíduos relacionam tais sintomas como um processo normal do envelhecimento, e acabam por interpretá-los como sintomas esperados, sem demonstrá-los<sup>5</sup>. Tais divergências na prevalência podem estar associadas às diferentes escalas empregadas para o rastreio da depressão, bem como às possíveis diferenças sociodemográficas e culturais dos participantes.

No estudo em discussão, identificou-se associação significativa entre a depressão e o sexo feminino. Em revisão sistemática com meta-análise de fatores de risco para depressão entre pacientes idosos da comunidade, analisando 20 estudos prospectivos, Cole e Dendukuri<sup>35</sup> concluíram que o gênero feminino é de fato uma variável de risco significativa para o desenvolvimento de depressão nessa população. Barcelos-Ferreira *et al*<sup>10</sup>, em outro estudo de meta-análise, verificando a influência do gênero na prevalência da depressão em idosos brasileiros, concluíram que as mulheres possuem 1,86 mais risco de desenvolver a depressão em comparação ao gênero masculino (IC95%). Resultados semelhantes foram observados em estudos seccionais de base populacional realizados em diferentes regiões brasileiras. Lopes *et al*<sup>11</sup> observaram que idosos do nordeste brasileiro estiveram duas vezes mais associados ao quadro

depressivo (RP=2,26) do que os homens. Em Porto Alegre, o sexo feminino esteve 1,4 vezes mais associado à depressão<sup>14</sup>. Borges *et al*<sup>16</sup> identificaram resultados semelhantes em Florianópolis – SC, com risco para depressão 1,27 vezes maior nas mulheres em relação aos idosos ( $p=0,016$ ).

Quanto à situação conjugal, os idosos entrevistados que não possuíam companheiro apresentaram maior chance de ter depressão. Resultados heterogêneos quanto à variável em questão são trazidos pela literatura nacional. Em pesquisa realizada na cidade de Cajazeiras-PB, envolvendo 376 idosos cadastrados em uma UBS, os autores verificaram que a variável casado diminuiu o risco da depressão, especificamente para os homens idosos<sup>36</sup>. Estudo transversal realizado em Dourados – MS, demonstrou que viver sem companheiro apresentou diferença significativa em relação à presença de sintomas depressivos em idosos ( $p=0,002$ )<sup>12</sup>. Na região Sul, alguns estudos<sup>16,37</sup> apontam na mesma direção, tendo a mesma característica como fator de risco significativo para o desenvolvimento da doença. No entanto, há pesquisas recentes que não encontraram valores estatisticamente significativos para afirmar que viver sem companheiro seja uma característica que traga maior risco para depressão em idosos<sup>14,15</sup>.

Resultado divergente do obtido na pesquisa atual foi observado em estudo descritivo sobre sintomas depressivos em

idosos cadastrados em uma UBS na Bahia, o qual verificou que 51,3% dos idosos que apresentavam depressão viviam com companheiro (cônjuge). Os autores sugerem que a solidão pode estar relacionada a sintomas depressivos, porém infere-se a necessidade de uma avaliação detalhada da qualidade dos relacionamentos entre casais, e não apenas da situação conjugal de maneira isolada<sup>38</sup>.

Com relação à presença de comorbidades, verificou-se que a depressão em idosos esteve significativamente relacionada à presença de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e asma. A hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente e mais fortemente associada à depressão. Na Colômbia, Ocampo *et al*<sup>64</sup> observaram que idosos com comorbidades tinham risco aumentado para depressão, sendo a hipertensão arterial a doença mais prevalente nos idosos avaliados. Barcelos-Ferreira *et al*<sup>10</sup> obtiveram, em estudo de revisão sistemática com meta-análise, resultados apontando associação significativa entre a depressão com doenças cardiovasculares em idosos brasileiros. Pesquisa descritiva realizada por Souza *et al*<sup>68</sup>, envolvendo 167 indivíduos da comunidade com 60 anos ou mais, trouxe maior prevalência de depressão nos idosos portadores de patologias crônicas, sendo que nos idosos depressivos a prevalência de comorbidades foi de 67% para uma única patologia e de 33% para duas a três

patologias. A patologia mais frequente observada foi a hipertensão arterial. Em Porto Alegre – RS, pesquisa envolvendo 1.391 idosos da comunidade apresentou as seguintes doenças com associação significativa ( $p < 0,05$ ) com a depressão: HAS, *Diabetes Mellitus*, doença coronariana, ICC e AVC<sup>37</sup>. Em Criciúma – SC, uma análise de 1.021 indivíduos idosos também mostrou que a presença de hipertensão arterial esteve significativamente relacionada à depressão em idosos ( $p < 0,05$ ), no entanto o mesmo estudo não incluiu as comorbidades ICC e asma<sup>15</sup>. O estudo *EpiFloripa*<sup>16</sup> trouxe resultados semelhantes ao presente estudo. Os autores observaram que as variáveis HAS, ICC e asma tiveram associação importante de depressão em idosos ( $p < 0,001$ ), e também verificou relação significativa com as comorbidades artrite, patologias da coluna, *Diabetes Mellitus* e AVC.

No presente estudo também foi possível observar que algumas comorbidades estiveram presentes concomitantemente em idosos depressivos – o que sugere que possa haver relação entre a depressão e a presença de multimorbidade na população avaliada, apontando a necessidade de estudos adicionais nesse sentido.

No que se refere à presença de incapacidade funcional para realização de AVD e AIVD, apesar da ausência de associação entre capacidade funcional e

depressão em idosos neste estudo, há evidências de tal associação na literatura, em âmbito internacional e nacional<sup>8,13,16,33,35</sup>. É importante ressaltar que no presente estudo todos os idosos analisados buscaram o serviço de saúde espontaneamente, e tal fato pode sugerir um viés quanto à variável funcionalidade para atividades de vida diária na população analisada.

A disfunção familiar esteve relacionada à depressão em idosos no presente estudo, corroborando com pesquisa realizada por Souza *et al*<sup>12</sup>, a qual observou que idosos que conviviam em famílias disfuncionais tiveram 5,36 vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos ( $p < 0,001$ ). Utilizando o APGAR familiar como instrumento de coleta de dados em estudo descritivo envolvendo idosos na Colômbia, os autores observaram que 29,4% dos participantes apresentaram disfunção familiar, sendo destes 7,3% disfunção familiar elevada<sup>34</sup>. Em Fortaleza – CE, Paiva *et al*<sup>21</sup> encontraram, também em estudo descritivo, valores de disfunção familiar de 12,9%, sendo a mesma elevada em 8,6% da população idosa analisada.

No contexto da disfunção familiar em idosos com depressão, observa-se que ainda existem muitas lacunas na literatura, principalmente relacionadas a estudos analíticos, o que sugere a necessidade de maiores investimentos em pesquisas que envolvam tais características.

## CONCLUSÃO

Os dados demonstram que quadros de depressão são fenômenos frequentes em idosos na população atendida pela Estratégia Saúde da Família de Palhoça. De acordo com os resultados obtidos no estudo, pode-se observar que fatores clínicos, epidemiológicos e sociais podem ter forte impacto no aparecimento de sintomas depressivos em idosos, e muitas dessas características são fatores mutáveis. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família pode exercer forte impacto se houver auxílio prestado à população em geral, através de programas educacionais e orientações acerca da depressão nos idosos, podendo acarretar em melhorias à saúde destes indivíduos, tanto em âmbito físico como mental e social. Além disso, um melhor

entendimento sobre a patologia em questão pela população do país poderia ser alcançado através de tais ações.

Portanto, a identificação de fatores associados aos sintomas depressivos mostra-se importante, uma vez que poderá subsidiar políticas de atenção à saúde do idoso de Palhoça (prevenção e tratamento da depressão, envolvendo estratégias não farmacológicas).

Além disso, conforme os resultados da pesquisa mostram, sugere-se a realização de estudos adicionais que analisem a presença de multimorbidade em idosos a correlacionem aos transtornos depressivos, visto que a população em questão está suscetível a contração de mais doenças crônicas, pelo processo fisiológico do envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

1. Schwanke CHA, De Carli GA, Gomes I, Lindôso ZCL. Atualizações em geriatria e gerontologia IV: aspectos demográficos, biopsicossociais e clínicos do envelhecimento. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2012. 499 p.
2. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;19(3):545-59.
3. Domingues MARC, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Nagai PA, Barros TC, Torres MJ. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. *Rev Kairós.* 2012;15(6):333-54.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro; 2016. [acesso em 2017 Mar 31]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/li98965.pdf>
5. Sözeri-Varma G. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging Dis.* 2012;3(6):465-71.
6. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha R, Batista HHMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Epidemiol Controle Infecç.* 2016;6(2):97-103.
7. Castro-de-Araujo LFS, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino CMC. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35(2):201-7.
8. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action.* 2013;6(1):18871.
9. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *Focus.* 2009;7(1):118-36.
10. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(05):712-26.
11. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):521-531.
12. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):469-76.
13. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família em Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva [online].* 2010;15(6):2887-2898. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600026&lng=en&nrm=iso).
14. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(3):368-377.
15. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MAB, et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(16):95-103.
16. Borges LI, Benedetti TRB, Xavier AJ, d’Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo *Epi Floripa*. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):701-10.
17. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):497-503.
18. Oliveira SX, Oliveira MB, Henrique OMF. Fatores preditores da depressão em idosos: um estudo qualitativo. *Anais CIEH.* 2015;2(1).
19. Bretanha AF, Fachinni LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomazi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona

- urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):1-12.
20. Rodrigues GHP, Gebara OCE, Gerbi CGS, Pierri H, Wajngarten M. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):443-9.
  21. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm.* 2011;16(1):22-8.
  22. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V et al. Enhanced Depression Care for Patients With Acute Coronary Syndrome and Persistent Depressive Symptoms. *Arch Intern Med.* 2010;170(7):600-8.
  23. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3):262-70.
  24. 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. *J Psychiat Res.* 1983;17(1):37-49.
  25. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):918-23.
  26. 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(12):914-9.
  27. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. Nova Iorque; 2005. [acesso em 2017 Mai 08]. Disponível em: <http://hartfordign.org/>
  28. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-85.
  29. Santos RL, Virtuoso JS Jr. Confiabilidade da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev bras promoç Saúde (Impr).* 2008;21(4):290-6.
  30. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of Family function. *J Fam Pract.* 1982; 15(2):303-11.
  31. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
  32. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing.* 2010;39(1):23-30.
  33. Kazama M, Kondo N, Suzuki K, Minai J, Imai H, Yamagata Z. Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. *Environ Health Prev Med.* 2011;16(3):196-201.
  34. Ocampo JM, Romero N, Saa H, Herrera J, Reyes Ortiz CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colomb Med.* 2006;37(2):26-30.
  35. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1147-56.
  36. Soares, PFC, Oliveira, FB, Freitas, EAF, Leite, ES, Nogueira, JRF., Nóbrega, AC et al. (2013). Depressão em idosos assistindo nas unidades básicas de saúde. *Rev enferm UFPE on line.* 2013;7(9),5453-9. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11829>>.
  37. Silva AR, Snaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2017; 66(1):45-51.
  38. Souza AS, Sena ELS, Meira EC, Silva DM, Alves MR. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(3):355-60.