

PERFIL DE RISCO PARA O TRANSTORNO DEPRESSIVO EM IDOSOS NA CIDADE DE PALHOÇA,
SANTA CATARINA – BRASIL

RISK PROFILE FOR DEPRESSIVE DISORDER IN ELDERLY PEOPLE IN THE CITY OF PALHOÇA, SANTA
CATARINA - BRAZIL

Clio Nicolacópulos¹

Camila Fabris²

Giovanna Grunewald Vietta, Dra³

1. Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL - Campus Pedra Branca – Palhoça (SC), Brasil.
2. Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL - Campus Pedra Branca – Palhoça (SC), Brasil.
3. Biomédica. Phd em Ciências Médicas: Cardiologia. Docente do curso de Graduação em Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil.

Endereço eletrônico (e-mail) e telefone dos autores:

1. Clio Nicolacópulos; e-mail: c.nicolacopulos@hotmail.com – (48) 99687-2727
2. Camila Fabris; e-mail: camila.fabris@hotmail.com – (47) 99938-6023
3. Giovanna Grunewald Vietta; e-mail: ggvietta@gmail.com – (48)99980-0473

RESUMO

A depressão é um problema de saúde pública mundial. Entre os idosos, acarreta limitações sociais e funcionais, redução da qualidade de vida e atinge elevados índices de morbimortalidade, na medida em que assume formas incomparáveis, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar. O objetivo desse trabalho foi analisar o perfil de risco para o transtorno depressivo em idosos da cidade de Palhoça, Santa Catarina – Brasil. Foi realizado um estudo observacional transversal com 170 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados nas Unidades Básicas da cidade de Palhoça – SC, no período de outubro de 2017 a outubro de 2019. Os dados foram coletados com base em perguntas sociodemográficas, hábitos de vida e clínicos, como também sinais e sintomas referentes a depressão pela escala *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* e analisados por meio do programa estatístico *SPSS Version 18.0*. Nesse estudo foi notado uma prevalência de 31,8% de sinais e sintomas compatíveis com depressão, dentre esses 66,7% do sexo feminino, 53,7% na faixa etária entre 60 a 69 anos, 66,7% de idosos que vivem com companheiro, e 75,9% nos insuficientemente ativos. Os resultados demonstram que o transtorno depressivo se encontra de modo frequente na faixa etária idosa, com associação ao sexo feminino, entre 60 a 69 anos, na presença de companheiro e sedentarismo; ressaltando a necessidade de conhecimento desses perfis de risco a fim de que as manifestações não possam passar despercebidas ou serem confundidas, pelos profissionais de saúde, com sintomas do processo natural de envelhecimento.

Descritores: depressão, sintomas depressivos, idoso, PHQ-9.

ABSTRACT

Depression is a worldwide public health problem. Among the elderly, it causes social and functional limitations, reduced quality of life and reaches high rates of morbidity and mortality, as it takes on uncharacteristic forms, often difficult to diagnose and, consequently, to treat. The objective of this study was to analyze the risk profile for depressive disorder in the elderly in the city of Palhoça, Santa Catarina - Brazil. A cross-sectional observational study was carried out with 170 elderly people, aged 60 years or over, registered in the Basic Units of the city of Palhoça - SC, from October 2017 to October 2019. Data were collected based on sociodemographic questions, lifestyle and clinical habits, as well as signs and symptoms related to depression using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) scale and analyzed using the statistical program SPSS Version 18.0. In this study, a prevalence of 31.8% of signs and symptoms compatible with depression was noted, among these 66.7% were female, 53.7% were aged between 60 and 69 years, 66.7% were elderly people living with a partner, and 75.9% in the insufficiently active. The results demonstrate that the depressive disorder is frequently found in the elderly age group, with an association with the female sex, between 60 and 69 years old,

in the presence of a partner and a sedentary lifestyle; emphasizing the need for knowledge of these risk profiles so that the manifestations cannot go unnoticed or be confused, by health professionals, with symptoms of the natural aging process.

Keywords: depression, depressive symptoms, elderly, PHQ-9.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais importantes transformações sociais e demográficas em curso no mundo, com maior expressividade e impacto nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, estima-se um aumento na prevalência de idosos de 13,45%, em 2018, para 28,46%, em 2050², e na expectativa de vida³ de 76,25 anos, em 2018, para 80,57, em 2050. O estado de Santa Catarina apresenta, a nível nacional, a maior expectativa de vida com média de 79,66 anos².

Esse acréscimo progressivo na expectativa de vida, concomitantemente com a diminuição das taxas de natalidade, implica na inversão da pirâmide etária, resultando no aumento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis⁴, com destaque para os distúrbios mentais⁵, que ocupam a quinta posição no ranking de prevalência de doença na população sexagenária⁶. A depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas mundialmente⁷, das quais 15% fazem parte da população idosa⁸. O predomínio nesta população aumenta na mesma medida das limitações (sociais, funcionais) e do adoecimento⁹.

O quadro clínico do transtorno depressivo, segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), se manifesta por humor deprimido e/ou diminuição de interesse ou prazer, e a presença de quatro ou mais sintomas, como alteração de apetite, distúrbios de sono, inquietação ou lentidão, fraqueza ou perda de energia, falta de concentração ou indecisão, sentimento de culpa inapropriada e pensamento de morte ou suicídio, por no mínimo duas semanas^{10,11}. Em idosos, o diagnóstico se torna mais complexo pela presença de comorbidade e pelo uso de medicamentos em interação, mas também pelo fato de os sintomas serem semelhantes ao processo natural de envelhecimento¹², como fadiga, sono e indisposição¹³.

Por ser uma doença multifatorial, contribui para maior vulnerabilidade a outras morbidades¹⁴, reduzindo a qualidade de vida entre os idosos. O transtorno depressivo pode ser desencadeado por fatores biológicos genéticos e hormonais¹³, associando-se ao sexo feminino¹⁵, faixa etária igual ou superior a 60 anos¹⁶, viuvez¹⁶ e solidão¹⁷, baixa escolaridade¹⁸, hospitalização⁵, polifarmácia¹, distúrbio de sono¹³, autopercepção negativa da saúde¹, eventos estressantes¹³, sobrepeso ou obesidade¹⁹, sedentarismo²⁰, tabagismo e alcoolismo¹⁹.

Percebe-se uma associação de modo bidirecional entre a depressão e outras patologias, sendo que a depressão precipita doenças crônicas e essas exacerbam os sintomas depressivos⁴.

Dessa forma, o rastreamento precoce se mostra necessário entre a população idosa, favorecendo a qualidade do atendimento oferecido, bem como a diminuição do sofrimento e de custos operacionais institucionais^{9,11}. Diversas escalas específicas estão disponíveis para o rastreio²¹. Entre elas, o *PHQ-9* (Questionário de Depressão do Paciente)²² consiste em questões fechadas e direcionadas^{11, 14}, ajudando a identificar os sintomas relacionados à doença, economizando tempo e detectando possíveis casos que precisam de intervenções psicológicas e tratamento psiquiátrico²³.

Neste contexto, o envelhecimento populacional consiste em um dos maiores desafios da saúde pública e da humanidade e a prevalência da depressão nessa população aumenta de maneira a assumir papel de destaque entre as comorbidades na velhice¹⁹. Estudos epidemiológicos que apresentam estimativas e determinantes de depressão na população idosa são relativamente escassos na literatura mundial, principalmente no Brasil. Logo, deve-se entender os sinais e sintomas da depressão e os fatores relacionados a esta, visto que podem contribuir como subsídios para o planejamento de políticas de atenção que visem o envelhecimento saudável. O presente estudo objetivou avaliar o perfil de risco para os sinais e sintomas do transtorno depressivo em idosos acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Palhoça (– SC).

MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal, incluindo 170 indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos, usuários das Unidades Básicas de Saúde da Ponte do Imarium e do Passa Vinte, ambas localizadas na cidade de Palhoça (SC), no período de outubro de 2017 a outubro de 2019. Foram excluídos os pacientes acamados, os quais tinham restrição permanente de mobilidade.

Pesquisadores treinados aplicaram um questionário, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado pelos autores do estudo com dados sociodemográficos, hábitos de vida e clínicos, além do instrumento validado *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*²⁴. Foi optado por esse último pelo motivo de abranger todos os critérios diagnósticos consoante o DSM-V. Os dados foram organizados no banco de dado digital utilizando o programa Excel e posteriormente analisados por meio do programa estatístico *SPSS 18.0 (Statistical Package of the Social Sciences Version 18.0 [Computer program])*. A amostra foi selecionada de forma consecutiva, após ou antes do atendimento de enfermagem, consulta médica, vacina, grupos ou demais atendimentos dos pacientes na UBS.

As variáveis avaliadas foram: sociodemográficas - sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil; hábitos de vida - atividade física, tabagismo, ingestão de álcool; clínicas - doenças endócrinas, neurológicas, reumatológicas, cardiovasculares, psiquiátricas, renais, pulmonares,

visuais, auditivas, presença de dor; PHQ-9 – prazer nas atividades cotidianas, sentimento depressivo ou sem perspectiva, sonolência ou insônia, sentimento de cansaço ou perda de energia, falta ou aumento de apetite, sentimento de maléfico de si próprio, dificuldade de concentração, movimento acelerado ou lentificado, pensamento de automutilação ou de morte.

Foi considerada a atividade física a realização de 150 minutos ou mais por semana¹³. Considerou-se uso de álcool a ingestão de cinco ou mais doses por semana para o homem e quatro ou mais doses por semana para as mulheres. Quanto ao tabagismo, foi considerado fumante o indivíduo que responder positivamente à pergunta, independentemente do número de cigarros, da frequência e do hábito de fumar.

O rastreio de episódio depressivo na população em estudo foi realizado a partir do instrumento *PHQ-9*. Esse questionário consiste em nove itens que medem a energia e o interesse em realizar atividades diárias, dificuldades no sono, na concentração e no apetite, distúrbios de movimento, sentimentos maléficis, de tristeza e autodestrutivos. As respostas são pontuadas numa escala de likert de zero a três pontos em cada pergunta, com pontuação total de zero até vinte e sete. Pontuação até 4 pontos é classificada como ausência de depressão; de 5 a 9 pontos, como depressão leve; 10 a 14, depressão moderada; 15 a 19, depressão moderadamente grave; e igual ou superior a 20 pontos como depressão grave²⁴.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob o número CAAE 81797517.7.0000.5369. Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

RESULTADOS

Foram avaliados 170 idosos, com predomínio da faixa etária entre 60 a 69 anos (61,2%), sexo feminino (61,2%), com companheiro (51,2%) e ensino fundamental completo (62,9%). Autorreferiram-se com hábitos de vida sedentária ou atividade física inferior a 150 minutos semanais (70,6%), tabagismo (10,6%), ingestão de bebida alcoólica (4,7%) (TABELA 1). As comorbidades relatadas mais frequentes foram doenças visuais (74,7%), hipertensão arterial sistêmica (66,5%), hipercolesterolemia (35,3%) e Diabetes Mellitus (27,6%). Além disso, mencionaram diagnóstico clínico prévio de depressão (25,3%), presença de dor (47,1%) e uso de fármacos diários (88,2%) (TABELA 2).

O rastreio de sinais e sintomas do transtorno depressivo pelo *PHQ-9*²⁴ identificou 54 casos da amostra total (31,8%); dentre esses com sintomas depressivos classificados como leve (55,6%), moderado (27,8%), moderadamente grave (11,1%) e grave (5,5%). Na distribuição por sexo, observa-se, o feminino com 66,7 % de sinais de transtorno depressivo de leve a grave, com maior frequência de depressão leve (47,3%) e 8,3% na depressão grave; enquanto para o

sexo masculino, 33,3% de sinais de transtorno depressivo de leve a moderadamente grave, com maior frequência de depressão leve (72,2%) e sem casos de depressão grave. Ainda, foram mais prevalentes os sinais e/ou sintomas depressivos na faixa entre 60 a 69 anos (53,7%), entre indivíduos que se submetem a um casamento contínuo (66,7%) e nos insuficientemente ativos (75,9%) (TABELA 3).

Sobre os sinais e sintomas de transtorno depressivo observados nos idosos, ou seja, com pontuação igual ou superior a 5 pelo questionário *PHQ-9*, destacam-se sentimento de cansaço ou perda de energia (85,2%), distúrbio do sono (81,5%), sentimento depressivo ou sem perspectiva (76%), distúrbio do apetite (59,3%) e pouco interesse ou pouco prazer (57,4%) (TABELA 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que 31 a cada 100 idosos avaliados apresentavam sinais e sintomas compatíveis com transtorno depressivo, segundo o questionário *PHQ-9*; enquanto apenas 25 a cada 100 relataram ter o diagnóstico prévio, resultando em 6 idosos sem diagnóstico e, assim, sem tratamento específico. A literatura relata uma prevalência de aproximadamente 32%⁸ pelo diagnóstico na anamnese, podendo chegar a 62,8% perante os critérios do *PHQ-9*¹⁴ - diferença significativa pelos sintomas depressivos isoladamente passarem despercebidos clinicamente tanto pelo paciente quanto para o profissional de saúde.

Sobre a faixa etária de acometimento, houve predomínio entre 60 a 69 anos (53,7%), ao mesmo tempo em que ocorre controvérsias na bibliografia médica. Há estudos com dominância entre 60 a 69 anos²⁵; entre 70 a 79 anos^{15,20}; e ainda, aqueles após os 80 anos de idade^{26,27}. A relação entre a idade e os sintomas de depressão permanece duvidoso, pois não se tem certeza se somente a idade é a etiologia do quadro, mas a sua associação com o aumento das incapacidades se mostra como um fator predisponente de grande importância²⁴. Claramente, identifica-se um aumento da prevalência após os 60 anos⁶, que hipotetiza-se estar relacionado com a diminuição da resistência a fatores estressores²⁴ com o avançar dos anos, e com o aumento da percepção das limitações e incapacidades da senescência²⁸.

Em relação ao sexo, observou-se o dobro de casos de sintomas depressivos nas mulheres (com 66,7%) e com maior gravidade. A literatura expõe o sexo feminino como um fator de risco com prevalência aproximada de 45%^{5,8,9,12}. Os achados podem ser explicados pela maior longevidade¹⁹, pelos cuidados mais intensificados com a saúde e, assim, uma maior procura aos centros de atendimentos de saúde¹⁸. Além disso, a mulher idosa contém o fator biológico relacionado a alteração hormonal (privação de estrogênio)⁴ e o fator psicológico de diminuição da autoestima e aumento da irritabilidade²⁶ – próprios das alterações ocorridas no climatério e pós menopausa. Outra possível explicação para maiores índices de depressão em

idosas pode ser devido a uma maior chance de admitir e queixar-se de sentimentos depressivos¹⁹ nas consultas médicas, conduzindo a uma maior detecção dos casos.

O transtorno depressivo também se encontra interligado com o sedentarismo, uma vez que o processo da biossíntese de serotonina, neurotransmissor responsável pela regulação do humor, é influenciado pelo exercício²⁹. Durante os treinos também ocorre aumento da liberação de endorfinas que atuam nas conexões nervosas, promovendo alívio de estresse¹⁸. Esse estudo evidenciou predomínio de sinais e/ou sintomas depressivos em 75,9%; enquanto outras pesquisas com 23,8%²⁰, 43% (versus 2% em grupo ativo)²⁹ e 92,1% (se associado depressão com ansiedade)²⁹ em idosos sedentários. Nesse contexto, identifica-se um sistema de retroalimentação, em que o cansaço sentido pela depressão acarreta falta de atividade física, exacerbando os sintomas de depressão.

Nesse estudo, ao contrário do esperado, obteve-se maior dominância de manifestações depressivas entre os idosos que vivem com companheiros (66,7%). Estudos salientam o estado civil de viuvez, de divorciado e de solteiro – situações sem companhia – como sendo fatores de risco para o transtorno depressivo, identificando frequências em torno de 52%^{5,8,15,20,26,27}. Embora tenha-se o entendimento de que a condição de viver sem companhia implica em solidão^{20,26}, interferindo na qualidade de vida da pessoa que se priva do convívio social¹⁶, e aumenta o sentimento de insegurança pelo fato de estar sozinho²⁴, se faz necessário ressaltar que a qualidade das interações pessoais também são de suma importância para a saúde mental dos indivíduos. Assim, uma possível hipótese para explicar a maior incidência de sinais e/ou sintomas depressivos entre os indivíduos que vivem com companheiros seria a má qualidade das relações conjugais, em que haveria repetidas exposições ao estresse, por desentendimentos entre o casal ou entre os familiares do companheiro, estresse financeiro e por questões de paternidade. Esse cenário promove uma autopercepção negativa da saúde³⁰ que, apesar de ser subjetiva, sofre ação pelas condições físicas, biológicas, psíquicas e sociais¹⁷.

Dentre os sinais e sintomas de transtorno depressivo observados, o sentimento de cansaço ou perda de energia foi relatado por 85,2% dos pacientes com critério de depressão. Com o avançar da idade, ocorre modificações corporais, como o aumento do tecido gorduroso, diminuição da vitamina D, do cálcio e da densitometria óssea, alteração da marcha com passos mais curtos e com flexão do quadril e dos joelhos. Ocorrem também diminuição da massa muscular relacionada com o envelhecimento, perda da força e da função muscular – sarcopenia³¹. O conjunto fisiológico provoca em diminuição do desempenho físico e no sentimento de cansaço ou falta de energia, a qual também pode ser consequência de distúrbio do sono.

Insônia, sonolência diurna, despertares noturnos e sono não reparador se mostram frequentes nas queixas geriátricas. Segundo esse estudo, conforme o *PHQ-9*, encontrou-se 81,5% dos sexagenários com relato de distúrbio do sono. Essa dominância pode ser explicada pela mudança do ciclo vigília-sono que ocorre com o decorrer dos anos e atinge um pico na terceira idade, bem como pelo declínio da melatonina, hormônio responsável pela regulação e indução do sono³¹. Assim, os idosos apresentam maior dificuldade em adormecer e maior facilidade em acordar cedo comparado aos adultos. Outra hipótese para tal distúrbio seria a dor crônica, sentida pela degeneração articular e muscular, mantendo o paciente por mais tempo na fase superficial do sono e, assim, causando redução da qualidade do sono³².

Com o passar dos anos, ocorrem alterações no sistema de neurotransmissores, como o declínio da serotonina e da dopamina. A primeira resulta em prejuízo do humor, deixando evidente o sentimento depressivo ou sem perspectiva (terceira queixa mais prevalente nesse estudo com 76%). A falta de concentração, de atenção e o esquecimento, inerentes do envelhecimento pela perda de neurônios e sinapses, também se revelam importantes nas emoções da população idosa, visto que geram perda da autonomia e da independência³², agravando o sentimento de tristeza. Além do humor, a serotonina controla o apetite, desencadeando distúrbios de fome ou de inapetência. O idoso ainda apresenta diminuição da secreção do ácido clorídrico, dificultando a digestão dos alimentos e, por conseguinte, desregulando os hormônios de saciedade (leptina) e/ou da fome (grelina)³²; conquistando a quarta posição dos sintomas com 59,3%. Na mesma medida que a serotonina reduz, o mesmo ocorre com a dopamina. Essa é responsável pelo controle da sensação de prazer, gerando pouco interesse ou pouco prazer³² (quinta queixa dos idosos com depressão, com 57,4%).

Em concordância com a literatura, o presente estudo verificou que os principais sintomas referidos pelos idosos no rastreamento do transtorno depressivo podem ser facilmente confundidos com sintomas fisiológicos do envelhecimento, o que corrobora com evidências de uma possível lacuna na identificação de casos de depressão nesta faixa etária.

Esse estudo limitou-se ao autorrelato de saúde, não aprofundando a investigação das patologias orgânicas. O instrumento de rastreamento de sinais e de sintomas depressivos é limitado, e não exige a necessidade de acompanhamento clínico e psicológico.

CONCLUSÃO

Nesse estudo detectou-se uma prevalência de sinais e sintomas do transtorno depressivo em idosos, principalmente na faixa etária entre 60 a 69 anos, com um percentual maior em relação aos idosos que relataram diagnóstico prévio da doença. Sexo feminino, presença de companhia e sedentarismo também foram associados à depressão. A identificação dos fatores relacionados com a depressão são de suma importância, de modo que os sintomas não possam

ser confundidos com o processo de senescência, a fim de assegurar um diagnóstico e intervenção precoces, prolongando e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *RSD*, 2015; 39(105): 536-550.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população [acesso em 03 abr 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
3. Marin MJS, Panes VCB. Envelhecimento da população e as políticas públicas da saúde. *RPP*, 2015; 1(1):26-34.
4. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *JBP*, 2017; 66(1):45-51.
5. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. *RER*, 2015; 4(4):41-9.
6. Menegucil J, Menegucil CAG, Moreira MM, Pereira KR, Tribess S, Sasaki JE, Júnior JSV. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *JBP*, 2019; 68(4):221-30.
7. Organização Mundial de Saúde, [acesso em 07 mar 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
8. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *RECI*, 2016; 6(2):97-103.
9. Matias AGC, Damasceno ES, Santana VEC, Pires PS. Prevalência do transtorno depressivo rastreado pelo Patient Health Questionnaire-9 em idosos com histórico de queda. *Rev. Insp*, 2018; 46, 16(2):32-7.
10. American Psychiatric Association. *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. ARTMED, 2014; 5ª ed.
11. Vieira ER, Brown E, Raue P. Depression in older adults: screening and referral. *J Geriatr Phys Ther*, 2014; 37:24-30.
12. 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.

13. Ramos FP, Silva SC, Freitas DF, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BVO, et al. Fatores associados à depressão em idoso. REAS, 2019; 239(19).
14. Matias AGC, Fonseca MA, Gomes MLF, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. Einstein, 2019;14(1):6-11.
15. Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Depression among the elderly in the Family health strategy: a contribution to primary care. REME, 2016; 20:e947.
16. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. RBE, 2014; 67(3):450-6.
17. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. RCSC, 2016; 21(11): 3575-84.
18. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. RBGG, 2019;22(4):e190023.
19. Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Silva LB. Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde. RE-UERJ, 2017;25:e19987.
20. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. RBE, 2016; 691-701.
21. Aros MS, Yoshida EMP. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. Bol Psicol, 2009;59(130):61-76.
22. Zimmerman M. Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression. JAMA, 2019.
23. Zuithoff NPA, Vergouwe Y, King M, Nazareth I, Wezep MJ, Moons KGM, et al. The Patient Health Questionnaire -9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current threshold in a cross-sectional study. BMC, 2010; 11:98.
24. Faísca LR, Afonso RM, Pereira H, Patto MAV. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. AP, 2019; 209-22.
25. Cantão L, Fonseca LK, Silva TIM, Oliveira M, Oliveira VC, Machado RM. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. RR, 2015; 16(3):355-62.

26. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. *REME*, 2017; 21:e-1018.
27. Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *RBGG*, 2015; 307-17.
28. Oliveira DV, Pivetta NRS, Oliveira GVN, Silva DA, Júnior JRAN, Cavaglieri CR. Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. *ESS*, 2019; 28(3):e2018043
29. Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *RPC*, 2013; 40(2):71-6.
30. Ju YJ, Park EC, Ju HJ, Lee SA, Lee JE, Kim W, et al. The influence of Family stress and conflict and depressive symptoms among working married women: A longitudinal study. *HCWI*, 2018; 39(3): 275-88.
31. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorder in the elderly: a growing challenge. *JPS*, 2018; 18: 155-65.
32. Pereira SRM. Fisiologia do envelhecimento. In: Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Freitas EV, Py L; 2013, p. 1342-59.

TABELAS

TABELA 1. Características sociodemográficas e hábitos de vida dos idosos (n=170) usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Ponte do Imaruim e Passa Vinte, da Palhoça – Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2019.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	66	38,8
Feminino	104	61,2
Faixa etária		
60-69 anos	104	61,2
70-79 anos	56	32,8
Igual ou superior a 80 anos	10	6
Estado civil		
Com companheiro	87	51,2
Sem companheiro	83	48,8
Escolaridade		
Analfabeto	12	7,1
Fundamental	107	62,9
Médio	41	24,1
Graduação	10	5,9

Atividade física		
Sim	50	29,4
Não	120	70,6
Tabagismo		
Sim	18	10,6
Não	98	57,6
Ex-fumante	54	31,8
Bebida alcóolica		
Sim	8	4,7
Não	162	95,3

TABELA 2. Características clínicas dos idosos (n=170) usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Ponte do Imaruim e Passa Vinte, da Palhoça – Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2019.

Variável	n	%
Alzheimer	1	0,6
Artrite	12	7,1
Artrose	46	27,1
Asma	6	3,5
Bronquite	15	8,8
Câncer	11	6,5
Depressão	43	25,3
Derrame Cerebral	4	2,4
Diabetes Mellitus	47	27,6
Distúrbio auditivo	28	16,5
Distúrbio visual	127	74,7
Doença coronariana	37	21,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4	2,4
Doença Renal Crônica	12	7,1
Doença reumatológica	20	11,8
Dor	80	47,1
Enfisema pulmonar	2	1,2
Fibromialgia	13	7,6
Hipercolesterolemia	60	35,3
Hipertensão Arterial Sistêmica	113	66,5
Incontinência urinária	18	10,6
Osteoporose	23	13,5
Parkinson	1	0,6
Trombose Venosa Profunda	2	1,2
Uso de fármacos	150	88,2

TABELA 3. Rastreamento para transtorno depressivo (pelo PHQ-9, com escore igual ou acima de 5 pontos) (n=54) dos idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Ponte do Imaruim e Passa Vinte, da Palhoça – Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2019.

Variável	Total		Depressão leve		Depressão moderada		Depressão moderadamente grave		Depressão grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	54	100	30	55,6	15	27,8	6	11,1	3	5,5
Sexo										
Feminino	36	66,7	17	47,3	13	36,1	3	8,3	3	8,3
Masculino	18	33,3	13	72,2	2	11,1	3	16,7	0	0
Faixa Etária										
60 a 69 anos	29	53,7	14	48,3	10	34,5	4	13,8	1	3,4
70 a 79 anos	22	40,7	13	59	5	22,8	2	9,1	2	9,1
Igual ou superior a 80 anos	3	5,6	3	100	0	0	0	0	0	0
Atividade Física										
Sim	13	24,1	9	69,2	3	23,1	0	0	1	7,7
Não	41	75,9	21	51,2	12	29,2	6	14,6	2	5
Companhia										
Ausência	18	33,3	9	50	6	33,3	2	11,1	1	5,6
Presença	36	66,7	21	58,3	9	25	4	11,1	2	5,6

TABELA 4. Rastreamento de sinais e sintomas para transtorno depressivo, segundo PHQ-9 com escore igual ou superior a 5 pontos (n=54), dos idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Ponte do Imaruim e Passa Vinte, da Palhoça – Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2019.

Variável	n	%
Pouco interesse ou pouco prazer		
Nenhuma vez	23	42,6
Vários dias	14	26
Mais da metade dos dias	4	7,4
Quase todos os dias	13	24
Sentimento depressivo ou sem perspectiva		
Nenhuma vez	13	24
Vários dias	21	38,9
Mais da metade dos dias	4	7,4
Quase todos os dias	16	29,7
Distúrbio de sono		
Nenhuma vez	10	18,5
Vários dias	3	5,5
Mais da metade dos dias	4	7,4

Quase todos os dias	37	68,6
Sentimento de cansaço ou perda de energia		
Nenhuma vez	8	14,8
Vários dias	13	24
Mais da metade dos dias	14	26
Quase todos os dias	19	35,2
Distúrbio de apetite		
Nenhuma vez	22	40,7
Vários dias	7	13
Mais da metade dos dias	11	20,3
Quase todos os dias	14	26
Sentimento maléfico de si próprio		
Nenhuma vez	38	70,4
Vários dias	8	14,8
Mais da metade dos dias	0	0
Quase todos os dias	8	14,8
Dificuldade de concentração		
Nenhuma vez	29	53,7
Vários dias	11	20,3
Mais da metade dos dias	7	13
Quase todos os dias	7	13
Distúrbio de movimento		
Nenhuma vez	39	72,2
Vários dias	6	11,1
Mais da metade dos dias	4	7,4
Quase todos os dias	5	9,3
Pensamento de automutilação ou de morte		
Nenhuma vez	48	88,9
Vários dias	1	1,9
Mais da metade dos dias	3	5,5
Quase todos os dias	2	3,7
