

# Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde

## *Depressive symptomatology among a health plan aged people*

Ana Cristina Nogueira Borges Faria<sup>1,4</sup>; Sandhi Maria Barreto<sup>1,3</sup>; Valéria Maria de Azeredo Passos<sup>1,2</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** determinar a prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos (> 60 anos). **Métodos:** estudo transversal com investigação de sintomatologia depressiva em idosos, através da Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15, Yesavage, 1982), avaliação da capacidade funcional básica pela Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Katz, 1970) e rastreamento cognitivo pelo Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, 1975). Sintomatologia depressiva, definida por escore GDS-15  $\geq$  6. Utilizado protocolo com características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes, de acordo com a avaliação geriátrica ampla. **Resultados:** participaram, deste estudo, 314 idosos, 158 (50,3%) homens e 156 (49,7%) mulheres, mediana de 64 anos de idade. A prevalência da sintomatologia depressiva foi duas vezes maior nas mulheres (30,1% vs. 15,8%, OR=2,29; IC:1,28–4,12). Na análise multivariada em mulheres, a sintomatologia depressiva foi positivamente associada à asma (OR=5,94; IC:1,42-24,87), anemia (OR=17,46; IC:1,62-188,22), distúrbios do sono (OR=3,11; IC:1,39-6,96), polifarmácia (OR=3,24; IC:1,52-6,88), uso prévio de antidepressivos (OR=3,25; IC:1,51-6,98), pior auto-percepção da saúde (OR=24,28; IC:1,94-303,15) e pior percepção comparada da saúde (OR=8,2; IC:1,98-33,80). Atividades físicas regulares foram negativamente associadas (OR=0,24; IC:0,08-0,72). Nos homens, houve associação positiva com neoplasia (OR=3,01; IC:1,13-7,98), pior percepção comparada da saúde (OR=19,42; IC:2,71-138,82), uso prévio de benzodiazepínicos (OR=4,43; IC:1,59-12,29) e de antidepressivos (OR=4,64; IC:1,39-15,45). **Conclusões:** observada alta prevalência de sintomas depressivos, principalmente em mulheres. Os resultados pontuam especificidades de gênero e a associação da depressão, em idosos com co-morbidades e uso de medicamentos.

**Palavras-Chave:** Idoso; Depressão; Avaliação Geriátrica; Planos de Pré-Pagamento em Saúde.

### ABSTRACT

**Purpose:** to determine the prevalence and factors related to older people depressive symptomatology (> 60 years). **Methods:** transversal study with survey on older people depressive symptomatology, through the Geriatric Depressive Scale (GDS-15, Yesavage, 1982), evaluation upon the basic functional skills by the Basic Daily Life Activities Scale (Katz, 1970) and cognitive tracking by Mini-Mental State Exam (Folstein, 1975). Depressive symptomatology, defined by the score GDS-15  $\geq$  6. Used protocol with patients' social-demographic and clinical characteristics, according to wide geriatric evaluation. **Results:** 314 older people participated in this study, 158 (50,3%) male and 156 (49,7%) female, 64 years old median. Depressive symptomatology prevalence was twice greater in the women (30,1% vs. 15,8%, OR=2,29; IC:1,28–4,12). In the women's multivariate analysis, the depressive symptomatology was positively related to asthma (OR=5,94; IC:1,42-24,87), anemia (OR=17,46; IC:1,62-188,22), sleep disturbance (OR=3,11; IC:1,39-6,96), polipharmacy (OR=3,24; IC:1,52-6,88), antidepressives previous use (OR=3,25; IC:1,51-6,98), worse health self-perception (OR=24,28; IC:1,94-303,15) and worse comparative health perception (OR=8,2; IC:1,98-33,80). Regular physical activities were negatively related (OR=0,24; IC:0,08-0,72).

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais  
<sup>2</sup> Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UFMG  
<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, UFMG  
<sup>4</sup> Fundação Sidertube (VMB)

Endereço para correspondência:  
 Ana Cristina N. B. Faria  
 Av. Professor Alfredo Balena, 189, Sl. 1407  
 Santa Efigênia  
 Belo Horizonte – MG  
 CEP: 30.130-100  
 E-mail: anacristina@ciape.org.br

*In men, there has been positive relation with neoplasia (OR=3,01; IC:1,13-7,98), worse comparative health perception (OR=19,42; IC:2,71-138,82), benzodiazepine's previous use (OR=4,43; IC:1,59-12,29) and antidepressives (OR=4,64; IC:1,39-15,45). Conclusions: it was noted depressive symptoms high prevalence, mainly in women. The results point to gender specificity and depression related to co-morbidity and medications in the older.*

*Key words: Aged; Depression; Geriatric Assessment; Prepaid Health Plans.*

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é processo evidente e acelerado no Brasil. Em 1960, a população brasileira com 60 anos ou mais era de 2,1 milhões, aumentando para 14,6 milhões em 2000, com estimativas de atingir 32 milhões em 2025, quando o Brasil passará a ocupar o sexto lugar em maior população idosa do mundo.<sup>1,2</sup> De 1900 a 2000, a expectativa de vida no Brasil aumentou de 33,7 para 68,6 anos. Estima-se que em 2025 seja 75,3 anos.<sup>2</sup>

O aumento da expectativa de vida deve ser celebrado, pois, é resultado de melhorias na saúde, ambiente de vida e trabalho. Mas, o maior tempo de vida também pode significar aumento de doenças crônico-degenerativas, piora de qualidade de vida e aumento de gastos com saúde.<sup>3</sup>

Dentre os problemas de saúde mais prevalentes, são de particular importância os transtornos do humor, pela repercussão na qualidade de vida e possibilidade de se estenderem por meses ou anos, se não tratados. A depressão corresponde a alteração da área afetiva ou do humor com intenso impacto funcional e que envolve inúmeros aspectos biopsicossociais.<sup>4</sup>

A depressão em idosos nem sempre se enquadra nos critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV.<sup>5</sup> Sintomas depressivos podem ser mascarados ou potencializados pelo envelhecimento, doenças associadas e uso de medicações. Formas de manifestação atípicas de depressão, como queixas somáticas, síndromes dolorosas, perda funcional, pseudo-demência depressiva, ansiedade, irritabilidade e abuso de álcool podem dificultar o diagnóstico.<sup>6,7</sup> O humor deprimido pode ser menos significativo em idosos, onde predominam inapetência, alterações do sono, falta de energia e perda de interesse.<sup>7</sup> Além disso, a depressão interfere significativamente na recuperação e reabilitação de doenças.<sup>8</sup>

A sintomatologia depressiva é mais freqüente que depressão maior e distímia.<sup>8,9</sup> Manifesta-se sutilmente, com disforia e sintomas somáticos, freqüentemente associada a traços de depressão, mas nem sempre preenche critérios diagnósticos DSM IV de depressão.<sup>10</sup>

Este trabalho tem por objetivo estudar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida, nesta faixa etária.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, iniciado em 1/10/2001 e concluído em 19/12/2003, desenvolvido para descrever a prevalência e as características associadas à sintomatologia depressiva, em idosos ( $\geq 60$  anos) usuários do plano de saúde de grande indústria siderúrgica, sediada em Belo Horizonte.

Os idosos foram convocados, por carta, a participarem de um projeto de avaliação global da saúde. Foram definidos, como casos, os portadores de sintomatologia depressiva, que apresentaram pontuação igual ou superior a seis, na Escala Geriátrica de Depressão (GDS), versão com 15 itens e ponto de corte 5/6 (não caso/caso).<sup>11</sup> Esta escala foi aplicada por uma única enfermeira, devidamente treinada. Todos os pacientes foram avaliados pela mesma geriatra (ACNBF), que não teve acesso ao resultado da escala.

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS), utilizada para a definição de casos neste estudo, foi desenvolvida, especificamente, para rastreamento de sintomas depressivos em idosos. É de fácil e rápida aplicação e pode ser utilizada em indivíduos com alterações clínicas, déficit cognitivo leve e baixa escolaridade. Suas questões têm respostas objetivas (sim ou não) e avaliam sintomas afetivos e de comportamento, com pouca ênfase em sintomas somáticos. Não exige formação médica do entrevistador, podendo até ser auto-aplicável.<sup>6, 11, 12</sup> A forma abreviada, com 15 questões (GDS-15), já foi validada para uso no Brasil, com sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9%, com mesmo ponto de corte utilizado neste estudo.<sup>13</sup>

Foi preenchido um questionário eletrônico, contendo informações da avaliação geriátrica ampla, provenientes da anamnese, exame clínico, resultados de testes de rastreamento funcional, cognitivo e de humor e resultados de exames complementares.

Os dados pesquisados foram: a) sócio-demográficas (idade, sexo, procedência, estado civil, escolaridade, renda familiar, dados sobre aposentadoria e pensão); b) hábitos de vida (atividade física no lazer e tabagismo); c) clínicas (presença de doenças diagnosticadas previamente e confirmadas na investigação e diagnósticos atuais); d) sexualidade (atividade sexual, presença de ressecamento vaginal, impotência e redução da libido); e) dados antropométricos (peso e altura); f) avaliação da qualidade de vida (satisfação conjugal e com aposentadoria, perda de parentes nos últimos cinco anos, auto-percepção da saúde e percepção da saúde comparada); g) avaliação da capacidade cognitiva e funcional; h) utilização de serviços de saúde (uso de medicamentos, número de consultas e internações hospitalares no último ano, avaliações preventivas de saúde: controle urológico e ginecológico, mamografia e reposição hormonal).

Em todos os participantes foram realizados os exames: hemograma, TSH, vitamina B12, ácido fólico, glicemia jejum, teste de dextrosol (se glicemia jejum entre 100 e 125), glicohemoglobina (se diabetes), creatinina, lipidograma, PSA, pesquisa de sangue oculto fecal, ECG, audiometria e exames de imagem (RxTx). Propedêutica mais avançada foi indicada, de acordo com a necessidade de cada paciente participante do estudo.

As doenças e transtornos avaliados foram: hipertensão arterial, angina, infarto, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência arterial periférica, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, gastrite, úlcera ou refluxo gastroesofágico à E.D.A., constipação intestinal, incontinência urinária, hipotireoidismo, hipertireoidismo, *Diabetes mellitus*, dislipidemia, anemia, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, distúrbios do sono, baixa acuidade visual, baixa acuidade auditiva à audiometria, zumbidos e neoplasia.

O rastreamento cognitivo foi realizado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), utilizados dois pontos de corte: 23/24 e 19/20 (negativo/positivo).<sup>14</sup> Os idosos foram classificados, para capacidade funcional básica, em: independentes, parcialmente dependentes ou totalmente dependentes, pela Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz.<sup>15</sup>

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (Processo nº: 140/02). Os idosos que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido atendimento médico a todos os pa-

cientes, independente da participação no estudo. Todos foram encaminhados para avaliação oftalmológica, mulheres para avaliação ginecológica e homens para avaliação urológica. Os encaminhamentos para outras especialidades médicas ocorreram, de acordo com as necessidades individuais.

Todas as informações foram arquivadas e protegidas em prontuário eletrônico. Os dados foram armazenados em programa Excel. Foi realizada conferência de todo o banco de dados e uma segunda conferência aleatória.

A análise exploratória dos dados, com obtenção das características da população estudada e da prevalência de sintomatologia depressiva, foi realizada através do *software* estatístico Stata.<sup>16</sup> A investigação dos fatores associados à depressão foi feita por sexo, utilizando-se a regressão logística múltipla. Foram usados os seguintes critérios para a inclusão de variáveis no modelo logístico: a) existência de associação entre as variáveis independentes e intervalo de confiança (IC), em nível inferior a 20 % ( $p < 0,20$ ) e b) variáveis que, mesmo não apresentando associação neste nível, poderiam ser potenciais fatores de confusão (escolaridade). No modelo final, foram consideradas as variáveis associadas que apresentaram o valor de  $p$  para a razão de verossimilhança, igual ou inferior a 0,05. A força das associações entre as variáveis, na regressão logística, foi aferida pela razão de chances (Odds-ratio) e intervalos de confiança (IC=95%).<sup>17</sup>

## RESULTADOS

De 677 idosos participantes do convênio de saúde, 317 (46,8%) compareceram às consultas, no período do estudo, sendo que, três deles não concordaram em participar. Não houve diferença estatística entre idosos que participaram do estudo e os demais, com relação ao sexo e idade.

### Características da população estudada

Dos 314 participantes, 158 (50,3%) eram homens e 156 (49,7%) mulheres; 243 (77,4%) casados, 52 (16,6%) viúvos, 11 (3,5%) solteiros e 8 (2,5%) divorciados. A idade variou de 60 a 92 anos, com mediana de 64 anos e média de 66 anos. Doze idosos (3,8%) não freqüentaram escolas; 123 (39,2%) estudaram até quatro anos, 58 (18,5%) estudaram

de cinco a oito anos, 65 (20,7%) cursaram de nove a 11 anos e 55 (17,8%) mais de 11 anos. Quarenta e dois (13,4%) recebiam até três salários mínimos (SM), 50 (16%) entre 3-4,9 SM, 137 (43,6%) entre 5-9,9 SM, 24 (7,6%) entre 10-14,9 SM, 16 (5,1%) entre 15-19,9 e 41 (13%) tinham renda igual ou superior a 20 SM. A renda não foi informada por quatro participantes (1,3%).

Mais da metade dos idosos (n=163, 51,9%) não fazia atividades físicas no lazer, 121 (38,5%) referiam prática regular de esportes, três vezes ou mais e 30 (9,6%) uma ou duas vezes na semana. Apenas 32 (10,2%) idosos fumavam e 116 (36,9%) eram ex-fumantes.

Um homem e uma mulher eram totalmente dependentes para as atividades básicas de vida diárias e três mulheres parcialmente dependentes. Quinze (9,5%) homens e 45 (28,8%) mulheres apresentaram rastreamento positivo para déficit cognitivo, no ponto de corte do MEEM 23/24. Quando utilizado o ponto de corte 19/20, foram considerados casos 2 (1,26%) homens e 6 (3,8%) mulheres.

As doenças clínicas de maior prevalência neste estudo foram: hipertensão arterial (n=173; 55,1%); gastrite (n=129; 41,1%), refluxo gastro-esofágico (n=76; 24,2%) e úlcera péptica (n=46; 14,6%) à endoscopia digestiva alta; incontinência urinária (n=74; 23,6%); zumbidos (n=67; 21,3%); diabetes (n=63; 20,1%); constipação intestinal crônica (n=56; 17,8%); neoplasias (n=41; 13,1%); hipotireoidismo (n=39; 12,4%); angina (n=24; 7,6%) e asma (n=17; 5,4%).

Cento e oitenta e sete participantes (59,5%) relataram vida sexual ativa. Nos homens, a queixa de impotência estava presente em 71 casos (44,9%) e nas mulheres, a secura vaginal foi relatada em 33 casos (21,1%). A redução da libido foi relatada por 85 participantes (27,1%), 48 (15,3%) homens e 37 (11,8%) mulheres.

Dentre os 243 idosos casados, 214 (88%) relataram satisfação com o relacionamento conjugal. Nos viúvos, a média do tempo de perda do cônjuge foi de 12,6 anos.

A maioria dos participantes (n=165; 52,5%) relatou perda de parentes próximos nos últimos cinco anos, mais freqüente a perda de irmãos (27,9%) e dos pais (22,4%).

Duzentos e trinta e oito idosos (75,8%) classificaram sua saúde como boa, 63 (20,1%) razoável e 13 (4,1%) como ruim. A análise da auto-percepção

da saúde comparada mostrou que 229 (73,2%) se achavam melhor, 65 (20,7%) julgavam sua saúde igual e 19 (6,1%) achavam sua saúde pior que a saúde de outras pessoas de sua idade.

O número de consultas médicas, nos últimos 12 meses, variou de uma até 35, média de 9,7. A média do uso diário de medicamentos foi igual a 2,8: 56 (17,8%) idosos não usavam medicação, 196 (62,5%) tomavam de uma a quatro; 54 (17,2%) de cinco a oito e oito (2,5%) de nove a doze medicamentos.

Verificou-se, nas mulheres, que 109 (69,9%) e 111 (71,2%) realizavam, respectivamente, avaliação ginecológica e mamografia preventivas. A terapia de reposição hormonal foi relatada por 40 (25,6%) mulheres. A avaliação regular de próstata era realizada por 101 (63,9%) homens. Quarenta (12,7%) idosos relataram uma e 12 (3,8%) duas internações nos últimos 12 meses.

### **Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados**

A sintomatologia depressiva foi positivamente associada ao sexo feminino (OR=2,29; IC:1,28-4,12), acometendo 47 (30,1%) mulheres e 25 (15,8%) homens, o que motivou a análise separada por sexos. Não houve associação estatística entre sintomas depressivos e faixa etária (OR=1,18; IC:0,73-1,89), estado civil (OR=1,21; IC:0,88-1,66); escolaridade (OR=0,98; IC: 0,90-1,07); renda familiar (OR=0,73; IC:0,51-1,05), tabagismo atual (OR=0,75; IC:0,29-1,91), ex-tabagismo (OR=0,93; IC:0,82-1,06), incapacidade funcional (OR=4,26; IC:0,99-18,4), alterações do teste cognitivo, insatisfação conjugal (OR=1,21; IC:0,47-3,15) ou perda de parentes nos últimos cinco anos (OR=0,93; IC:0,55-1,58).

Em relação à análise univariada, a sintomatologia depressiva apresentou, nas mulheres, associação positiva com hipertensão arterial, asma, refluxo gastro-esofágico e gastrite, anemia, redução da libido e distúrbios do sono. Atividades físicas três vezes ou mais por semana e atividade sexual foram negativamente associadas aos sintomas depressivos nas mulheres. Nos homens, sintomatologia depressiva foi positivamente associada à história de neoplasia, impotência e redução da libido, com associação negativa para vida sexual ativa (Tabela 1).

Variáveis	Sintomatologia depressiva		OR (IC 95%)
	Ausente (%)	Presente (%)	
<b>MULHERES</b>			
<b>Atividades Físicas no Lazer</b>			
Nenhuma	61 (55,9%)	37 (78,8%)	1,00
1-2x/semana	11 (10,1%)	5 (10,6%)	0,75 (0,24–2,32)
3+x/semana	37 (34%)	5 (10,6%)	0,22 (0,62–0,80)
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>			
Não	47 (43,1%)	12 (25,5%)	1,00
Sim	62 (56,9%)	35 (74,5%)	2,21 (1,04–4,71)
<b>Asma</b>			
Não	106 (97,2%)	39 (83%)	1,00
Sim	3 (2,8%)	8 (17%)	7,25 (1,83–28,71)
<b>Refluxo Gastresofágico</b>			
Não	86 (78,9%)	26 (55,3%)	1,00
Sim	23 (21,1%)	21 (44,7%)	3,02 (1,44–6,31)
<b>Gastrite à EDA</b>			
Não	74 (67,9%)	24 (51,1%)	1,00
Sim	35 (32,1%)	23 (48,9%)	2,03 (1,01–4,07)
<b>Anemia</b>			
Não	108 (99,1%)	42 (89,4%)	1,00
Sim	1 (0,9%)	5 (10,6%)	12,86 (1,46–113,33)
<b>Distúrbios do sono</b>			
Não	70 (64,2%)	17 (36,2%)	1,00
Sim	39 (35,8%)	30 (63,8%)	3,17 (1,55–6,46)
<b>Atividade sexual</b>			
Não	60 (55%)	35 (74,5%)	1,00
Sim	49 (45%)	12 (25,5%)	0,42 (0,19–0,89)
<b>Redução da libido</b>			
Não	31 (57,4%)	5 (26,3%)	1,00
Sim	23 (42,6%)	14 (73,7%)	3,77 (1,19–11,97)
<b>HOMENS</b>			
<b>História de Neoplasia</b>			
Não	115 (86,5%)	17 (68%)	1,00
Sim	18 (13,5%)	8 (32%)	3,01 (1,13–7,98)
<b>Atividade sexual</b>			
Não	23 (17,3%)	9 (36%)	1,00
Sim	110 (82,7%)	16 (64%)	0,37 (0,15–0,94)
<b>Redução da libido</b>			
Não	96 (72,7%)	13 (52%)	1,00
Sim	36 (27,3%)	12 (48%)	2,46 (1,03–5,89)
<b>Impotência</b>			
Não	78 (58,6%)	9 (36%)	1,00
Sim	55 (41,4%)	16 (64%)	2,52 (1,04–6,12)

Houve associação entre sintomatologia depressiva e pior auto-percepção da saúde e de sua saúde comparada a de pessoas da sua idade, em ambos os sexos. Em mulheres, houve associação positiva com internações, uso de quatro ou mais medicações diárias, uso prévio de antidepressivos e de benzodiazepínicos e uso atual de anti-hipertensivos. Em homens, houve associação positiva, com uso prévio de antidepressivos e de benzodiazepínicos (Tabela 2).

O modelo final da análise multivariada mostrou que a sintomatologia depressiva, em mulheres, permaneceu positivamente associada à presença de asma (OR=5,94; IC:1,42-24,87), anemia (OR=17,46; IC:1,62-188,22), distúrbios do sono (OR=3,11; IC:1,39-6,96), polifarmácia (uso de quatro ou mais medicações diárias) (OR=3,24; IC:1,52-6,88), uso prévio de antidepressivos (OR=3,25; IC:1,51-6,98), pior auto-percepção da saúde (OR=24,29; IC:1,94-303,15) e pior percepção comparada de sua saúde (OR=8,2; IC:1,98-33,80). A realização de atividades físicas, três vezes ou mais por semana, persistiu negativamente associada (OR=0,24; IC:0,08-0,73). Nos homens, o modelo final da análise multivariada mostrou associação com história de neoplasia (OR=3,01; IC:1,13-7,98), pior percepção comparada da saúde (OR=11,73; IC:1,99-69,11), uso prévio de benzodiazepínicos (OR=4,43; IC:1,59-12,29) e uso prévio de antidepressivos (OR=4,64; IC:1,39-15,45).

## DISCUSSÃO

A prevalência de sintomatologia depressiva encontrada neste estudo é semelhante (15-27%) as realizadas em estudos com idosos na comunidade.<sup>8, 18</sup> No Brasil, foi encontrada prevalência de 26% em idosos atendidos em ambulatório, utilizando GDS-30 para definição de casos.<sup>6</sup> Em estudo de base populacional com 1.172 idosos, a prevalência de sintomatologia depressiva, também utilizando-se GDS-30, foi de 46,2% nas mulheres e 24,6% nos homens.<sup>18</sup>

Neste estudo, não foi observada associação entre idade e sintomatologia depressiva. A idade, por si só, não aumenta o risco de depressão. Estudos epidemiológicos sugerem que os efeitos da idade, na sintomatologia depressiva, podem ser atribuídos aos problemas de saúde e incapacidades frequentes em idosos e não ao envelhecimento *per se*.<sup>12</sup>

Variáveis	Sintomatologia depressiva		OR (IC95%)
	Ausente n(%)	Presente n(%)	
<b>MULHERES</b>			
<b>Auto-percepção da saúde</b>			
Boa	84 (77,1%)	22 (46,8%)	1,00
Regular	24 (22%)	19 (40,4%)	4,75 (1,40–16,05)
Ruim	1 (0,9%)	6 (12,8%)	30 (2,73–328,64)
<b>Percepção comparada da saúde</b>			
Melhor	82 (75,2%)	27 (57,4%)	1,00
Igual	23 (21,1%)	11 (23,4%)	1,45 (0,63–3,36)
Pior	4 (3,7%)	9 (19,2%)	6,83 (1,95–23,98)
<b>Internações no último ano</b>			
Não	93 (85,3%)	31 (65,9%)	1,00
Sim	16 (14,7%)	16 (34,1%)	3,00 (1,34–6,70)
<b>Polifarmácia (4+ medicações)</b>			
Não	70 (64,2%)	15 (31,9%)	1,00
Sim	39 (35,8%)	32 (68,1%)	3,83 (1,85–7,93)
<b>Uso atual de Anti-hipertensivos</b>			
Não	51 (46,8%)	13 (27,7%)	1,00
Sim	58 (53,2%)	34 (72,3%)	2,29 (1,09–4,83)
<b>Uso prévio de benzodiazepínicos</b>			
Não	64 (58,7%)	16 (34%)	1,00
Sim	45 (41,3%)	31 (66%)	2,75 (1,35–5,62)
<b>Uso atual de benzodiazepínicos</b>			
Não	79 (72,5%)	26 (55,3%)	1,00
Sim	30 (27,5%)	21 (44,7%)	2,13 (1,04–4,33)
<b>Uso prévio de antidepressivos</b>			
Não	86 (78,9%)	23 (48,9%)	1,00
Sim	23 (21,1%)	24 (51,1%)	3,90 (1,87–8,13)
<b>HOMENS</b>			
<b>Auto-percepção da saúde</b>			
Boa	118 (88,7%)	14 (56%)	1,00
Regular	14 (10,5%)	6 (24%)	2,02 (0,53–7,67)
Ruim	1 (0,8%)	5 (20%)	6 (1,32–27,22)
<b>Percepção comparada da saúde</b>			
Melhor	109 (82,6%)	11 (44%)	1,00
Igual	21 (15,9%)	10 (40%)	4,71 (1,77–12,51)
Pior	2 (1,5%)	4 (16%)	19,82 (3,25–120,74)
<b>Uso prévio de benzodiazepínicos</b>			
Não	115 (86,5%)	12 (48%)	1,00
Sim	18 (13,5%)	13 (52%)	6,92 (2,73–17,5)
<b>Uso prévio de antidepressivos</b>			
Não	125 (94%)	16 (64%)	1,00
Sim	8 (6%)	9 (36%)	8,79 (2,97–26,02)

Após ajuste por outros fatores, como incapacidade, doenças crônicas, suporte social, baixa renda e prejuízo cognitivo, a idade perde sua associação com sintomas depressivos. A persistência destes sintomas é relacionada à piora e sua remissão à melhora da saúde geral.<sup>19</sup> Idosos saudáveis e independentes funcionalmente têm o mesmo risco para depressão que adultos jovens.<sup>20</sup>

Nas mulheres, a associação de sintomas depressivos com doenças e uso de quatro ou mais medicações diárias pode ser decorrente da maior procura pelos serviços de saúde ou do maior número de doenças associadas. A associação dos sintomas depressivos atuais com o uso prévio de antidepressivos, em homens e em mulheres, pode estar ligada a recidivas ou recaídas de episódios depressivos. Os distúrbios do sono verificados nas mulheres podem representar sintoma depressivo atual, ou mesmo efeitos colaterais do uso de medicamentos. Nos homens, foi verificada a associação de sintomas depressivos com neoplasias, que é bem estabelecida na literatura, com prevalências descritas de até 58% desta associação.<sup>21</sup>

Doenças pré-existentes podem precipitar ou piorar a depressão em idosos.<sup>22</sup> Sintomas depressivos parecem relacionados à vulnerabilidade física, aos efeitos colaterais de drogas ou representam uma síndrome depressiva clínica associada às comorbidades, com interferência na recuperação e reabilitação das doenças. Por outro lado, é possível a manifestação de depressão em idosos, através de somatizações e síndromes hipocondríacas, que podem levar a extensas propedêuticas de doenças, com sobrecarga ao idoso e aos serviços de saúde.<sup>22</sup>

A associação entre anemia e sintomas depressivos não parece estar ligada à deficiência de vit. B12 ou ácido fólico, que, neste estudo, não foram associados aos sintomas do humor. Os sintomas de anemia, fraqueza, cansaço, sonolência e perda de energia confundem-se com sintomas de depressão; a associação encontrada podendo ser devida aos sintomas comuns. Revisão sistemática sobre anemia em idoso aponta anemia associada a quedas e depressão.<sup>23</sup>

Percepção da saúde, sexualidade e utilização de serviços parecem ser fatores associados aos sintomas depressivos e relacionados ao gênero masculino e feminino. Sabe-se que algumas diferenças da saúde entre homens idosos e mulheres idosas são, primariamente, relacionadas ao sexo

biológico (características genéticas e biológicas que distinguem homens e mulheres). Outras diferenças relacionadas ao gênero, isto é, aos papéis socialmente construídos, comportamentos e expectativas aprendidos.<sup>24</sup> A pior percepção da saúde, em ambos os sexos, foi importante fator relacionado à sintomatologia depressiva. A percepção ruim da saúde pode representar baixa auto-estima, freqüentemente presente na depressão, mas pode, também, ser marcador da qualidade da saúde. Nos homens, a associação de sintomatologia depressiva à inatividade sexual e à redução da libido perde o significado estatístico, quando corrigidos por aspectos clínicos e uso de medicações, sugerindo que menor atividade sexual, queixa de impotência e redução da libido podem ser efeitos colaterais de drogas ou manifestações de doenças.

De forma semelhante à literatura, a inatividade física, no presente estudo, foi associada negativamente à sintomatologia depressiva, em mulheres.<sup>25</sup> São conhecidos os benefícios da atividade física na prevenção e no tratamento de várias doenças crônicas, depressão e ansiedade. A atividade física aumenta a produção de hormônios estimulantes, como as endorfinas, melhora auto-estima e sono.<sup>25,26, 27</sup> Por outro lado, o humor deprimido desestimula a realização destas atividades, comprometendo, ainda mais, o quadro depressivo.

É importante ressaltar que, a população, do presente estudo, pode ser considerada diferenciada em relação à população geral de idosos, já que, apenas 42,2% dos idosos brasileiros têm plano privado de saúde.<sup>24</sup> O elevado número de consultas por idoso e alta prevalência de avaliações preventivas ginecológica e urológica podem ser reflexo de estudo realizado a partir de dados de um plano de saúde, com facilidades para marcação de consultas e existência de projetos educativos de prevenção à saúde.

## CONCLUSÃO

A sintomatologia depressiva nos idosos foi freqüente e mais prevalente em mulheres. Os resultados reforçam importância em se conhecer melhor as especificidades da depressão em homens e mulheres idosas, especialmente a associação com comorbidades e uso de medicamentos em mulheres.

Devido às repercussões da depressão para saúde e qualidade de vida do idoso, os médicos da atenção

primária devem estar atentos às suas várias formas de manifestação nesta faixa etária. A Escala Geriátrica de Depressão é um bom instrumento de rastreamento de sintomatologia depressiva no idoso. Na presença de queixas clínicas freqüentes, após descartar causas orgânicas, deve-se pensar na possibilidade de depressão e realizar abordagem diagnóstica adequada, fundamental para indicar o tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987 Jun.; 21(3): 200-7.
2. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. O Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987 Jun.; 21(3): 211-24.
3. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. Prevalence of mental disorders in urban area in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2004 out.; 38(5):650-6.
4. Gordilho A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Gordilho A. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap.25, p.204-15.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Stoppe Júnior A, Jacob Filho W, Louzã Neto MR. Avaliação de depressão em idosos através da "Escala de Depressão em Geriatria": resultados preliminares. *Rev ABP APAL*. 1994; 16(4):149-53.
7. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*. 2003 Jan.; 70(1): 38-44.
8. Rocha FL. Depressão no idoso. *J Bras Psiquiatr*. 1993; 42(9):483-90.
9. Addonizio G, Alexopoulos GS. Affective disorders in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993; 8: 41-7.
10. Berkman LF, Berkman CS, Kasl S, Freeman DH Jr, Leo L, Ostfeld AM, Cornoni-Huntley J, Brody JA. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol*. 1986; 124(3):372-88.
11. 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 Psychiatr Res*. 1982-1983; 17(1): 37-49.
12. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Agreement between the Geriatric Depression Scale and the General Health Questionnaire in a population-based elderly cohort: The Bambuí Health & Ageing Study. *Clin Gerontologist*. 2003; 26 (3/4): 69-82.

13. Almeida OP, Almeida AS. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct.; 14(10):858-65.
14. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State: A Practical Method of Grading the Cognitive State of Patients for the clinician. *J Psychiatric*. 1975; 12:189-98.
15. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10(1):20-30.
16. Stata Statistical Software. (Computer Program). Release 6.0 Texas: College Station, Stata Corporation; 1997.
17. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons; 1989.
18. Blazer D. The epidemiology of depression in later life. *J Geriatr Psychiatry*. 1989; 22(1):35-52.
19. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991; 46(6): 210-5.
20. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*. 1997 Oct; 154(10):1384-90.
21. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun; 19(3):759-71.
22. Ferentz K. The primary care setting: Managing medical comorbidity in the elderly depressed patient. *Geriatrics*. 1995 Oct; 50(S1):S25-31.
23. Beghé C, Wilson A, Ershler WB. Prevalence and outcomes of anemia in geriatrics: a systematic review of the literature. *Am J Med*. 2004 Apr 5; 116 Suppl 7A:3S-10S.
24. Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*. 2004 Aug; 16(2):110-7.
25. Lampinen P, Heikkinen RL, Ruoppila I. Changes in intensity of physical exercises as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow up. *Pre Med*. 2000 May; 30(5):371-80.
26. Elrick H. Exercise in medicine. *Phys Sportsmed*. 1996 feb.; 24(2):72-9.
27. Artal M. Exercise against depression. *Phys Sportsmed*. 1998 feb.; 26:55-60.