



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO DE GERONTOLOGIA

GABRIELA CARNEIRO GOMES

SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
BRASILEIROS

Recife

2019

GABRIELA CARNEIRO GOMES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientadora: Dra. Vanessa de Lima Silva
Co- Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Recife

2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

G633s	Gomes, Gabriela Carneiro. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos brasileiros / Gabriela Carneiro Gomes. – 2019. 65 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm. Orientadora: Vanessa de Lima Silva. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2019. Inclui referências e anexos. 1. Idoso. 2. Depressão. 3. Transtorno depressivo. 4. Classes latentes. I. Silva, Vanessa de Lima (Orientadora). II. Título.
612.67	CDD (20.ed.)
	UFPE (CCS2019-284)

GABRIELA CARNEIRO GOMES

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, na área de concentração Gerontologia, linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 25/02/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dra. Vanessa de Lima Silva (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Anna Karla de Oliveira Tito Borba (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. George Tadeu Nunes Diniz (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, sou grata pelo seu amor e cuidado por toda a minha vida, por me permitir passar por essa fase de aprendizado e crescimento profissional, toda honra e glória seja dada somente à Ele.

Aos meus pais, Esdras e Aurilene, minha eterna gratidão pelos sacrifícios e abdições feitos por amor a mim. Grata sou a vocês por me ensinarem o maior valor desse mundo, o amor de Cristo.

À minha querida irmã, Juliana Gomes, por todo amor, apoio, companheirismo e por compartilhar junto a mim as experiências vividas nesse meio acadêmico.

Aos meus queridos amigos do mestrado, presentes de Deus em minha vida, que tornaram esses dois anos um fardo leve, que trouxeram tantas experiências e ampliaram meu olhar sobre o estudo do processo de envelhecimento. Em especial, grata sou a Angélica e Taís, por sempre estarem por perto, acompanhando e apoiando.

Aos meus orientadores, Prof. Dra. Vanessa Silva e Prof. Dr. Rafael Moreira, sou imensamente grata por toda a paciência, sabedoria, conhecimentos valiosos transmitidos e pela confiança imputada em mim. Foi uma honra ter sido orientada por vocês!

Ao corpo docente do mestrado em Gerontologia, pelos preciosos conhecimentos transferidos.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e compreensão diante das minhas demandas acadêmicas.

Aos meus amigos, de perto ou de longe, que compartilharam comigo momentos de alegria e de tristeza.

RESUMO

É notório o crescimento da prevalência de Depressão na população brasileira, especialmente nos idosos. Esta doença, caracterizada como uma síndrome heterogênea e de grande magnitude, pode-se apresentar em diferentes padrões de comportamentos na população idosa. O presente estudo objetivou analisar o perfil e os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos brasileiros. Foi realizado um estudo seccional de caráter analítico a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, analisando os 11.170 idosos brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e sem dados faltantes, presentes no banco de dados. A análise descritiva foi feita por meio de tabela de frequência e de medida de tendência central conforme a natureza das variáveis analisadas. Através da Análise de Classes Latentes foi criada a variável dependente dos sintomas depressivos com três categorias em uma escala ordinal a partir de nove questões da Pesquisa Nacional de Saúde relacionados aos sintomas depressivos. Testes de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e Análise de Resíduos Padronizados testaram a associação, e modelos de regressão logística multinomial simples e múltipla testaram o efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente, sendo considerado o nível de significância de 5%. A população estudada foi classificada em três comportamentos de sintomas depressivos, denominados em: Ausência de sintomatologia depressiva, Tendência a sintomas depressivos e Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos. A tendência aos sintomas depressivos foi observada em 23,1% dos idosos analisados, e a persistência de sintomas depressivos apresentou percentual de 9,8 %. Observou-se que são fatores de risco para apresentar tendência à sintomatologia depressiva: ser mulher (OR= 1,85), ausência de ingesta alcoólica (OR= 1,42), percepção geral da saúde Regular (OR= 2,78) e Ruim/Muito ruim (OR= 6,16), diagnóstico positivo para doenças cardíacas (OR= 1,49), artrite/ reumatismos (OR= 1,61) e depressão (OR= 3,12). Ter concluído nível superior ou pós-graduação é um fator de proteção para apresentar tendência a sintomas depressivos (OR= 0,50). Quanto à persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos, são fatores de risco: ser mulher (OR= 1,76), ser apenas alfabetizada (OR= 2,66), tabagismo diário (OR= 1,95) ou menos que diariamente (OR= 1,77), ausência de ingesta alcoólica (OR= 1,72), sedentarismo (OR= 1,63), percepção do estado geral de saúde de ruim/muito ruim (OR= 39,35) a regular (OR= 6,26), ter diagnóstico positivo para doenças cardíacas (OR= 2,12), artrite/ reumatismos (OR= 1,75) e depressão (OR= 7,93). Conclui-se que os

sintomas depressivos na população idosa brasileira possuem alta prevalência, bem como três perfis de comportamentos quanto à frequência da sintomatologia depressiva. Tais padrões da sintomatologia depressiva estão associados a fatores biopsicossociais, no âmbito pessoal, estilo de vida, percepção do estado de saúde e diagnóstico positivo de doenças crônicas. Torna-se importante o conhecimento dos diversos comportamentos que os sintomas depressivos podem se apresentar nos idosos, e não apenas caracterizar o sujeito em presença ou ausência da doença, mas também observar o caráter multidimensional e contínuo da depressão.

Palavras- chave: Idoso. Depressão. Transtorno depressivo. Classes latentes.

ABSTRACT

It is notorious that the prevalence of depression is increasing in the Brazilian population, especially in the elderly. This disease, characterized as a syndrome, heterogeneous and of great magnitude, can be present in different patterns of behavior in the elderly population. To analyze the profile and factors associated with depressive symptoms in Brazilian elderly. An analytical cross-sectional study was carried out based on secondary data from the *Pesquisa Nacional de Saúde* of 2013, analyzing the 11,170 elderly Brazilians aged 60 years or older, of both sexes and without missing data, present in the database. The descriptive analysis was done by means of a frequency table and a measure of central tendency according to the nature of the analyzed variables. Through the Analysis of Latent Classes, the dependent variable of the depressive symptoms with three categories was created in an ordinal scale from nine questions of the *Pesquisa Nacional de Saúde* related to the depressive symptoms. Chi-Square or Fisher exact Test and Standardized Residues Analysis tested the association, and simple and multiple multinomial logistic regression models tested the effect of the independent variables on the dependent variable, with a significance level of 5% being considered. The study population was classified into three behaviors of depressive symptoms, denominated in: Absence of depressive symptomatology, Tendency to depressive symptoms and Persistence of symptoms and/ or depressive behaviors. The tendency to depressive symptoms was observed in 23.1% of the analyzed elderly, and the persistence of depressive symptoms presented a percentage of 9.8%. It was observed that risk factors for depression symptomatology are: being a woman (OR = 1.85), absence of alcohol intake (OR = 1.42), general perception of Regular (OR = 2.78) and Bad/Very Bad health (OR = 6.16), positive diagnosis for heart diseases (OR = 1.49), arthritis/ rheumatism (OR = 1.61) and depression (OR = 3.12). Having completed undergraduate or graduate school level is a protective factor to present tendency to depressive symptoms (OR = 0.50). In relation to the persistence of depressive symptoms and/ or behaviors, risk factors are: being a woman (OR = 1.76), being literate only (OR = 2.66), daily smoking (OR = 1.95) or less than daily (OR = 1.77), lack of alcohol intake (OR = 1.72), sedentary lifestyle (OR = 1.63), perception of general health status from bad/ very bad (OR = 39.35) to regular (OR = 6.26), to have a positive diagnosis for heart disease (OR = 2.12), arthritis / rheumatism (OR = 1.75) and depression (OR = 7.93). Concluded that depressive symptoms in the Brazilian elderly

population have high prevalence, as well as three behavioral profiles regarding the frequency of depressive symptomatology. These patterns of depressive symptomatology are associated with biopsychosocial factors, in the personal scope, lifestyle, perception of health status and positive diagnosis of chronic diseases. It becomes important the knowledge of the various behaviors that depressive symptoms may present in the elderly, and not only characterize the subject in the presence or absence of the disease, but also observe the multidimensional and continuous character of depression.

Keywords: Elderly. Depression. Depressive disorder. Latent classes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Modelo da análise de Classe latente com as questões relacionadas aos sintomas depressivos que compuseram a variável latente sintomas depressivos da pessoa idosa	27
Quadro 1-	Descrição das variáveis independentes, relativas aos aspectos pessoais dos idosos	28
Quadro 2-	Descrição das variáveis independentes, relativas ao estilo de vida dos idosos	29
Quadro 3-	Descrição da variável independente relativa à percepção do estado geral de saúde dos idosos	29
Quadro 4-	Descrição das variáveis independentes, relativas aos aspectos de doenças crônicas dos idosos	29
Figura 2-	Modelo de análise dos sintomas depressivos dos idosos brasileiros	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Sintomas/ Comportamentos Depressivos em idosos, Brasil, 2013	34
Tabela 2-	Distribuição de idosos segundo Sintomas/ Comportamentos depressivos, Brasil, 2013	35
Tabela 3-	Caracterização das classes latentes de acordo com o comportamento das respostas às perguntas relacionadas aos sintomas depressivos, Brasil, 2013	36
Tabela 4-	Distribuição da população idosa brasileira, segundo sintomatologia depressiva por blocos de fatores associados, Brasil, 2013	38
Tabela 5-	Análise de regressão logística multinomial simples em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos	40
Tabela 6-	Análise de regressão múltipla multinomial em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos	43

LISTA DE ABREVIADURAS E SIGLAS

ACL	Análise de Classes Latentes
AIC	Critério de Informação Akaike
AR	Artrite Reumatoide
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIC	Critério de Informação Bayesiano
BLRT	Teste de razão de verossimilhança Bootstrap
D	Depressão
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DS	Depressão Sub-limiar
ESF	Estratégia Saúde da Família
et al	Colaboradores
GBD 2013	Global Burden of Disease Study 2013
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IC	Intervalo de Confiança
IE	Índice de Envelhecimento
LMR	Lo, Mendell and Rubin teste de verossimilhança
OA	Osteoartrite
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
SSE	Status Sócio- Econômico
VLMR	Vuong, Lo, Mendell, Rubin teste de verossimilhança

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Envelhecimento populacional.....	16
2.2	A saúde do idoso brasileiro.....	17
2.3	Sintomas depressivos e fatores associados em idosos.....	20
3	OBJETIVOS.....	24
3.1	Objetivo geral.....	24
3.2	Objetivos específicos.....	24
4	MÉTODO.....	25
4.1	Desenho do estudo e fonte dos dados.....	25
4.2	Área de estudo.....	25
4.3	População de estudo.....	25
4.4	Processamento dos dados.....	26
4.5	Variáveis do estudo.....	26
4.5.1	Variável dependente	26
4.5.2	Variáveis independentes.....	28
4.6	Análise dos dados.....	30
4.6.1	Análise de Classes Latentes (ACL).....	30
4.6.2	Análise descritiva e de associação.....	30
5	RESULTADOS.....	33
5.1	Sintomas depressivos.....	33
5.2	A população idosa brasileira segundo sintomas depressivos.....	37
5.3	Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos brasileiros.....	40
6	DISCUSSÃO.....	45
6.1	Fatores associados aos sintomas depressivos.....	46

6.1.1	Fatores pessoais e sintomas depressivos.....	46
6.1.2	Estilo de vida e sintomas depressivos.....	47
6.1.3	Percepção do estado geral de saúde e sintomas depressivos.....	49
6.1.4	Doenças crônicas e sintomas depressivos.....	50
7	CONCLUSÃO.....	53
	REFERÊNCIAS	54
	ANEXO A – RECORTE DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	
	NACIONAL DE SAÚDE, 2013.....	62

1 INTRODUÇÃO

Para a população mundial, o presente século está marcado por notórias mudanças, dentre elas o envelhecimento populacional que atinge os países desenvolvidos, bem como os países em desenvolvimento. Esse quadro é resultado de um processo complexo onde se destacam as inovações tecnológicas, baixa fecundidade e diminuição da taxa de mortalidade (CHAIMOWICS, 2013).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há um crescimento acelerado da população idosa. Estima-se que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, haverá 172,7 idosos em 2050. A expectativa de vida dos brasileiros aumentou de 45,5 anos, em 1940, para 73,9 anos, em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). A previsão de 2050, de acordo com o IBGE, é de 81,29 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Arelado ao fenômeno de transição demográfica, surge uma mudança nos padrões de morbidade, invalidez e morte na população brasileira, processo esse denominado de transição epidemiológica. Há uma substituição de causas de morte decorrentes de doenças infecciosas e agudas por doenças crônicas e degenerativas (PEREIRA et al, 2015).

No Brasil, durante a década de 50, as doenças infecciosas representavam cerca de 40% das mortes, o qual já diminuiu para 10% no ano de 2009. Já as doenças crônicas, tais como as cardiovasculares foram causas de 40% das mortes de brasileiros em 2009. Na população idosa, as doenças crônicas representam 75,5% das causas de mortalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O envelhecimento é um processo contínuo durante o qual ocorre declínio progressivo de todos os processos fisiológicos, afetando o âmbito biológico, social e psíquico. O aumento do índice de doenças associadas na população idosa, influencia a saúde mental, bem como na função do sistema nervoso central, contribuindo para o surgimento de acometimentos psíquicos, tais como a depressão (GABRIEL, 2013).

A depressão atualmente é compreendida como uma patologia crônica, sendo definida como um transtorno mental, cujos principais critérios são: humor deprimido e a perda de interesse ou prazer. Presença de sentimento de culpa ou desvalia, perturbações do sono e do apetite, redução ou perda da energia, piora da concentração e pensamentos de morte ou suicídio são considerados critérios complementares (NOGUEIRA et al, 2014).

Dentro do âmbito psicológico, os estados emocionais, como o humor, são capazes de alterar as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais numa ampla variedade de eventos

dependendo da importância dada a cada evento e do controle emocional do indivíduo (OLIVEIRA et al, 2015).

O estado de humor tem duração variável de algumas horas a alguns dias, podendo refletir sentimentos de exaltação, felicidade, tristeza, angústia, entre outros. O humor pode variar também em intensidade, envolvendo diferentes estados, sendo cinco negativos (tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão) e um positivo (vigor) (BRANDT et al, 2014).

Com o recente aumento dos casos de depressão na população idosa brasileira, representando um problema de saúde pública, torna-se importante analisar o padrão dos sintomas depressivos, bem como os fatores associados, a fim de nortear o cuidado direcionado ao idoso por parte da equipe de saúde, com vistas na prevenção e diagnóstico precoce da depressão.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objeto o estudo do comportamento relacionado aos sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos brasileiros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Nos últimos anos, vem crescendo de forma expressiva, a população idosa a nível mundial. Tal realidade deve-se ao impacto decorrente do desenvolvimento socioeconômico, com consequente queda na fertilidade e aumento na expectativa de vida. A mudança na configuração demográfica da população está sendo mais intensa em países de baixa e média renda, a exemplo da África subsaariana, a qual mesmo sendo considerada a população mais jovem, espera-se que o contingente de pessoas com mais de 60 anos de idade aumente de 46 milhões, em 2015, para 147 milhões em 2050 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Em 2010, a população mundial, acima de 65 anos, representava cerca de 524 milhões de pessoas. A projeção para essa população em 2050 é de 1,5 bilhão de pessoas, equivalendo a 16% da população mundial. O processo de envelhecimento populacional, ocorre de forma heterogênea entres os países, principalmente quando comparado entre países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. Enquanto na França o envelhecimento demográfico ocorreu em cem anos, o Brasil sofrerá esse processo em apenas duas décadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

O envelhecimento populacional é um dos aspectos decorrentes do processo de transição demográfica. Essa mudança demográfica é usualmente definida de acordo com o conceito postulado por Notestein (1945), onde o mesmo afirma que as sociedades em um dado momento passam de uma condição de alta mortalidade e alta fertilidade.

O declínio da taxa de fecundidade foi inicialmente observado de forma acentuada na França, em meados da década de 1960 a 1970, onde houve redução de 2,8 para 1,8 crianças por mulher. Esse cenário desde então não sofreu alterações, porém em outros países declinou para 1,6 filhos por mulher, tais como como a Hungria, Itália, Polônia e Espanha (TOULEMON et al., 2008).

A queda da fecundidade vem ocorrendo com a mudança no paradigma acerca da maternidade e o foco no aperfeiçoamento profissional e estabilidade financeira. No Brasil, observa-se essa mudança em todos os níveis socioeconômicos, onde no ano de 1976 cada

mulher tinha 4,4 filhos, já no ano de 2006 caiu para 2 filhos (ITABORAÍ, 2017). Conforme dados do IBGE (2012), em 2010 houve uma discreta queda para 1,9 filho por família.

Concomitante à queda da fecundidade, observa-se o aumento da expectativa de vida ao nascer a nível mundial. No ano de 1990, tinha-se a esperança de viver por 65,3 anos, já em 2013, aumentou para 71,5 anos para ambos os sexos, conforme estudo denominado Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013), que analisou dados em 188 países (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013, 2016).

No ano de 2015, esperava-se viver em média 75,5 anos para a população brasileira. As mulheres apresentaram maior expectativa de vida ao nascer quando comparado aos homens, sendo 78,8 anos e 71,9 anos respectivamente. O que significou um aumento de 30,0 anos para ambos os sexos, quando comparados aos indicadores observados em 1940, 29,0 anos para homens e 30,8 anos para mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Sob a ótica do envelhecimento populacional nos países da América latina, no ano de 2000, os idosos representavam 8,3% da população, porém estima-se rápido crescimento para cerca de 25,5% no ano de 2050. Referindo-se à projeção para 2050, Cuba assume a primeira posição, seguida de Barbados e do Brasil. Diante desse cenário, o Brasil classifica-se como um país com envelhecimento moderadamente avançado (índice de envelhecimento 39,8/taxa global de fecundidade 1,8) (SILVA ; DAL, 2014).

O crescimento da população idosa não ocorreu de forma simultânea e homogênea entre as regiões do Brasil. O Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam tal processo mais estabelecido, já o Norte e Nordeste estão com faixas etárias menos envelhecidas. Essa heterogeneidade pode ser observada através de dados dos Censos Demográficos e dos Indicadores Sociais do IBGE, onde no ano de 2010 os maiores Índices de Envelhecimento (IE) foi de 54,94 na região Sul e 54,59 no Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

2.2 A SAÚDE DO IDOSO BRASILEIRO

O processo de envelhecimento é um ciclo irreversível e heterogêneo, onde resulta em maior vulnerabilidade do organismo aos fatores internos e externos. Sabe-se que esse processo tem caráter multifatorial condicionada à programação genética e alterações que

ocorrem a nível celular- molecular, bem como depende dos hábitos adotados ao longo da vida (FECHINE et al, 2015).

O somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal caracteriza o envelhecimento fisiológico, também chamada de senescência. Já a senilidade é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa (FREITAS et al, 2016). As condições mais comuns que surgem na idade avançada são perda auditiva, cataratas e erros refrativos, dorsalgias e lombalgias, osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, depressão e demência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Diante do marcante envelhecimento populacional, com o aumento de expectativa de vida associado ao aperfeiçoamento de medidas preventivas contra as doenças transmissíveis, é notável a mudança de doenças como principais causas de mortes. Tal mudança na carga das doenças como causa de óbito caracteriza a transição epidemiológica.

Observando a transição demográfica, Omran (1971) postulou a transição epidemiológica, analisando de forma aprofundada as doenças como causas de morte, com base nas mudanças de mortalidade na Inglaterra, País de Gales, Japão e Suécia durante o século XIX.

As principais conjecturas postuladas por Omran são: a) a substituição longa e gradativa de doenças infecciosas por doenças degenerativas e agravos causados pelo homem, b) as mudanças da carga de doenças ocorrem principalmente em mulheres e crianças, c) esse processo está intimamente ligado à transição demográfica e à modernização, d) pode-se classificar em três modelos de transição, de acordo com o ritmo e os padrões: modelo clássico ou ocidental, o modelo acelerado e o modelo contemporâneo ou prolongado.

Entre os anos 1990 a 2013, observa-se, a nível mundial, uma mudança na carga das doenças. Ocorreu um declínio para distúrbios transmissíveis, maternos, neonatais e nutricionais, enquanto houve aumento para as doenças não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares e neoplasias, dengue, parasitas alimentares e Leishmaniose. As cinco principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade foram doença cardíaca isquêmica, infecções respiratórias inferiores, doença cerebrovascular, baixa dor nas costas e pescoço e lesões na estrada (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013, 2016).

Em quatro países em desenvolvimento na África e Ásia, durante os anos 1987 a 2007, observou-se uma mudança na distribuição da causa da morte. Ocorreu o aumento de mortes por doenças não-transmissíveis tais como câncer, doença cardiovascular, congênita, diabetes, epilepsia, câncer genital feminina, hemorragias renais, hepáticas e superiores, bem como declínio de doenças transmissíveis (diarreia, malária, desnutrição, doenças maternas, doenças infecciosas, perinatal, respiratória e HIV) (BAWAH et al, 2016).

Segundo a Organização Mundial de saúde (2017), no ano de 2015, as Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por cerca de 40 milhões de mortes, representando 70% do total de 56 milhões de mortes. A maioria dessas mortes foi causada pelos quatro principais DCNT, sendo 17,7 milhões de mortes por doenças cardiovasculares (representando 45% de todas as mortes por DCNT); 8,8 milhões de mortes por câncer (22%); 3,9 milhões de mortes por doença respiratória crônica (10%); e de forma menos expressiva, a diabetes, como causa de 1,6 milhão de mortes (4%).

No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009, foram por DCNT, com uma leve tendência de crescimento (DUNCAN et al, 2012). Já no ano de 2011, as DCNT mais frequentes foram as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%), representando assim um total de 79,8 % dos óbitos. As demais DCNT, incluindo doenças renais crônicas, doenças autoimunes e outras, constituíram cerca de 14,7% do total de mortes (MALTA et al, 2014).

As DCNT afetam pessoas de todas os níveis socioeconômicos, porém é fortemente presente em grupos vulneráveis, tais como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BONITA et al, 2013). Idosos com 60 anos ou mais apresentam 4,82 vezes mais chances de desenvolver uma DCNT (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

Em estudo de base populacional, realizado no Brasil no ano de 2013, observou uma alta prevalência de DCNT em adultos acima de 18 anos. A Região Sul apresentou maior índice de indivíduos com DCNT, com prevalência de 52,1%, seguida pelas Regiões Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%). Dentre as comorbidades referidas a hipertensão arterial foi a de maior índice, apresentando em 21,4% dos adultos. Outras doenças prevalentes foram os problemas crônicos de coluna, cerca de 18,5%, depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%) (MALTA et al, 2015).

Sob a ótica da sintomatologia depressiva, esta apresenta-se bem frequente na população idosa brasileira. Em estudo realizado com idosos residentes em cinco cidades de quatro países (Albânia, Canadá, Colômbia e Brasil), observou-se alta prevalência de depressão entre os brasileiros, com percentual de 6,3% entre mulheres idosas e 31,9% na população idosa masculina, sendo possivelmente associado à baixa escolaridade e renda insuficiente, morar sozinho, múltiplas condições crônicas e baixo desempenho físico (YLLI et al, 2016).

2.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS

Diante da notável mudança epidemiológica em toda a população mundial, com grande incidência de comorbidades associadas atingindo os indivíduos, tem-se observado crescente notificação da presença de depressão. Adultos de 20 a 59 anos, que relatam ter uma doença crônica tem 1,44 mais chances de ter depressão, o que aumenta para 2,25 chances naqueles que apresentam duas ou mais doenças crônicas (BOING et al, 2012).

Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão, o equivalente a 4,4% da população mundial segundo a OMS (2017). As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, porém apresenta o pico em idosos (acima de 7,5% entre as mulheres envelhecidas 55-74 anos, e acima de 5,5% entre os homens) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

A notificação em idosos hospitalizados aumenta em 17% para transtorno depressivo maior, e 10,5% para outros transtornos depressivos. Comorbidades também estão presentes de forma expressiva naqueles com transtorno depressivo maior. Doenças cardiovasculares e câncer são as doenças médicas mais prevalentes associadas a depressão entre idosos hospitalizados (ALAMRI et al, 2017).

A depressão está inserida nas síndromes geriátricas, no âmbito das incapacidades cognitivas. Tal condição é considerada uma doença de caráter reversível e multifatorial. O quadro de depressão é descrito como humor triste e/ou irritável, associado à mudanças cognitivas e somáticas que podem afetar de forma significativa o quadro de funcionamento da

vida das pessoas, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (GOMES JB; REIS LA, 2016).

Já a depressão sub-limiar, ou sintomas depressivos, está presente em idosos que apresentam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão, estando presente por pelo menos duas semanas de duração, para a maioria ou todo o tempo, porém não preenchem os critérios para o diagnóstico de uma grande desordem depressiva. Esta é uma condição importante que afeta entre 6% e 10% dos anciãos em cuidados de saúde, 30% em cuidados médicos e de longa duração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Duas são as categorias que englobam os distúrbios mentais: os distúrbios depressivos e transtornos de ansiedade. A depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, humor deprimido (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa), alterações no sono ou apetite, sentimentos de cansaço e baixa concentração. Pode apresentar recidivas ou ser de longos períodos, sob possibilidade de interferir na vida diária, profissional ou social, e em casos mais graves podendo levar ao suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Sintomas variados podem afetar o humor da pessoa idosa como a presença de comorbidades, doença incapacitante, abandono e/ou maus-tratos, polifarmácia, aposentadoria, mudança de papéis na sociedade e família, bem como perda de parentes. Sintomas como o humor deprimido, irritabilidade, dificuldade para mostrar sentimentos e emoções, culpa e desamparo são comuns na população idosa. Pode-se também apresentar afecções na estrutura e função do sistema nervoso central. (OLIVEIRA et al, 2016).

Segundo a OMS (2015), ocorreram 800.000 mortes por suicídio em todo o mundo no ano de 2015, indicando uma taxa anual de suicídio por idade de 10,7 por 100.000 habitantes. As mulheres idosas cometem mais suicídio em países de baixa e média renda, enquanto que os homens idosos apresentam maiores taxas nos países de alta renda.

Sintomas depressivos e pensamentos suicidas são altamente prevalentes na população idosa. É mais evidente em mulheres, e ser solteira e analfabeta aumentam as chances desses sintomas e ideias suicidas. Viver com uma criança e ter alta qualidade de contato parecem ser fatores de proteção, contribuindo para não desenvolver sintomas depressivos e pensamentos suicidas. Dados esses mostram a importância da rede social e variáveis socioeconômicas (WAHLIM et al, 2015).

A solidão decorrente da falta de apoio social, é um aspecto fortemente atrelado à presença de sintomas depressivos e/ou depressão. O apoio social, seja o formal (família) ou informal (amigos, vizinhos, entre outros) tem relação direta com a presença de depressão em idosos. A baixa disponibilidade das pessoas que convivem com idosos gera maiores chances de desenvolver a depressão (OLAGUNJU et al, 2015).

A depressão é fortemente presente entre idosos que possuem uma rede e/ ou interação social deficitária. Os sentimentos de solidão tornam-se mais evidentes em mulheres que não tem ou vivem com um companheiro, bem como naquelas que vivem em ambientes rurais, podendo levar à depressão maior ([DOMÈNECH-ABELLA J](#) et al, 2017). Já a mortalidade é mais evidente em homens mais velhos e solitários portadores de depressão grave, indicando assim uma combinação letal (HOLWERDA et al, 2016).

Um estudo analisou a associação entre fatores sociodemográficos e a presença de Depressão Sub- limiar (DS), no qual apresenta pelo menos um sintoma chave da depressão, e Depressão (D) em idosos italianos com idade entre 70 a 74 anos. Ser do gênero feminino e ter insatisfação com a família são fatores que estavam relacionados à DS e D, bem como o estresse causado por eventos negativos da vida aumentou a probabilidade de SD (VACCARO et al, 2017).

A presença de depressão também pode ser interferida pelo status sócio-econômico (SSE) em adultos com 18 anos ou mais, nos países europeus. À medida que aumenta o SSE diminui a chance de desenvolver a depressão, bem como ter ensino superior completo, em países como Finlândia, Polônia e Espanha (FREEMAN et al, 2016).

Já em uma capital brasileira, Porto Alegre, também foi observado a maior prevalência de depressão em idosos (idade de 60 anos ou mais) com baixa escolaridade, sobretudo o analfabetismo (NOGUEIRA et al, 2014). Em idosos residentes no sul de Santa Catarina, observou-se alta prevalência de depressão (20, 4%), sendo mais frequente em idosas, solteiros, com menor renda familiar, fumantes e que foram hospitalizados nos últimos 12 meses (GULLICH et al, 2016).

Aspectos clínicos parecem estar relacionados à presença de depressão, segundo uma coorte de 10 anos, foi observado que comprometimento cognitivo, polifarmácia (uso de 2 a 4 e 5 ou mais nos últimos 90 dias) e maiores sintomas depressivos basais foram preditores de depressão. Tais achados mostram que os sintomas depressivos, comprometimento cognitivo e

distúrbios endócrino-metabólicos tem grande importância na depressão (DO NASCIMENTO et al, 2015).

A prática de atividade física em idosos tem efeitos agudos positivos sobre o estado de humor. Foi observado em estudo que objetivou analisar os efeitos agudos da ginástica sobre o estado de humor em 40 idosos que praticavam atividade física regularmente, e constatou que houve alteração em todos os aspectos do estado de humor, sendo confusão e vigor os mais significativos após a realização de atividade física (GABRIEL et al 2013).

Estudos tem mostrado o caráter multifatorial da síndrome denominada de depressão que acomete a população, especialmente os idosos. Aspectos intrínsecos e extrínsecos podem impactar positivamente ou negativamente sobre os sintomas depressivos, tais como componentes sociodemográficos, econômicos, sociais, clínicos bem como o estilo de vida (AMARAL et al, 2018; CARVALHO AF et al, 2018; MURPHY E et al, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil e os fatores associados ao comportamento dos sintomas depressivos em idosos brasileiros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada segundo fatores pessoais e relações interpessoais, estilo de vida, percepção do estado geral de saúde e doenças crônicas;
- Identificar o perfil de sintomas depressivos nos idosos analisados;
- Analisar a associação entre fatores pessoais e relações interpessoais, estilo de vida, percepção do estado geral de saúde, doenças crônicas com o comportamento dos sintomas depressivos nos idosos participantes.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DE ESTUDO E FONTE DE DADOS

Foi realizado um estudo a partir da base de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS), por meio de um recorte seccional de caráter analítico, compreendendo todo o território brasileiro. Em estudos seccionais, a exposição e a condição de saúde do indivíduo analisado, são determinadas simultaneamente. Geralmente utilizado em pesquisas para estimar a prevalência do fator de risco e do desfecho relacionado à saúde de uma população/ amostra específica, bem como os fatores associados com o mesmo (Bastos JLD; Duquia RP, 2007).

Para a presente pesquisa foram utilizados dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – PNS 2013 –, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, no ano de 2013.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo envolveu todo o território brasileiro, que é composto por cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), compreendendo 26 estados, totalizando 5.570 municípios, além da Unidade federativa (UF) (IBGE, 2017)

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Na PNS, a população pesquisada compreendeu moradores de domicílios particulares do Brasil, exceto os localizados nos setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais) (IBGE, 2013). O tamanho amostral da PNS foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, que são basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias. Para o presente estudo, foi realizada uma subamostra da PNS, com aplicação do filtro para indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

No presente estudo foram incluídos apenas os idosos (60 anos ou mais de idade), de ambos os sexos, selecionados pelo processo de amostragem da PNS- IBGE. Foram excluídos

idosos com informações faltantes no banco de dados. Dados amostrais da PNS se encontram no relatório final, disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.

4.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após seleção das perguntas relacionadas à variável latente sintomas depressivos, e posterior aplicação do filtro relacionado à idade, a análise de classes latentes foi realizada por meio do software MPlus, e o SPSS versão 20.0 foi utilizado para analisar as variáveis independentes.

Foi realizada a construção da variável latente “sintomas depressivos”. Esse tipo de variável é bastante utilizado nas ciências sociais e humanas e na área de saúde. Tratam-se de variáveis que não são observáveis e manipuláveis diretamente, ao contrário do que mais frequentemente observamos nos trabalhos epidemiológicos, que trabalham com variáveis observáveis e manipuláveis diretamente (CURADO et al, 2014).

Também denominado de Análise de Classes Latentes (ACL), trata-se de um método estatístico que se baseia nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas e contínuas, a fim de identificar diferentes grupos (classes latentes). Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis é explicada por outra variável latente (classe) (LEÃO et al, 2017).

No presente estudo, os sintomas depressivos foram analisados como uma variável latente, por se tratar de uma sintomatologia sem possibilidade de ser medida e quantificada diretamente. Com base nos dados adquiridos no estudo da PNS 2013, foram identificados os padrões de sintomas depressivos na população idosa brasileira.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

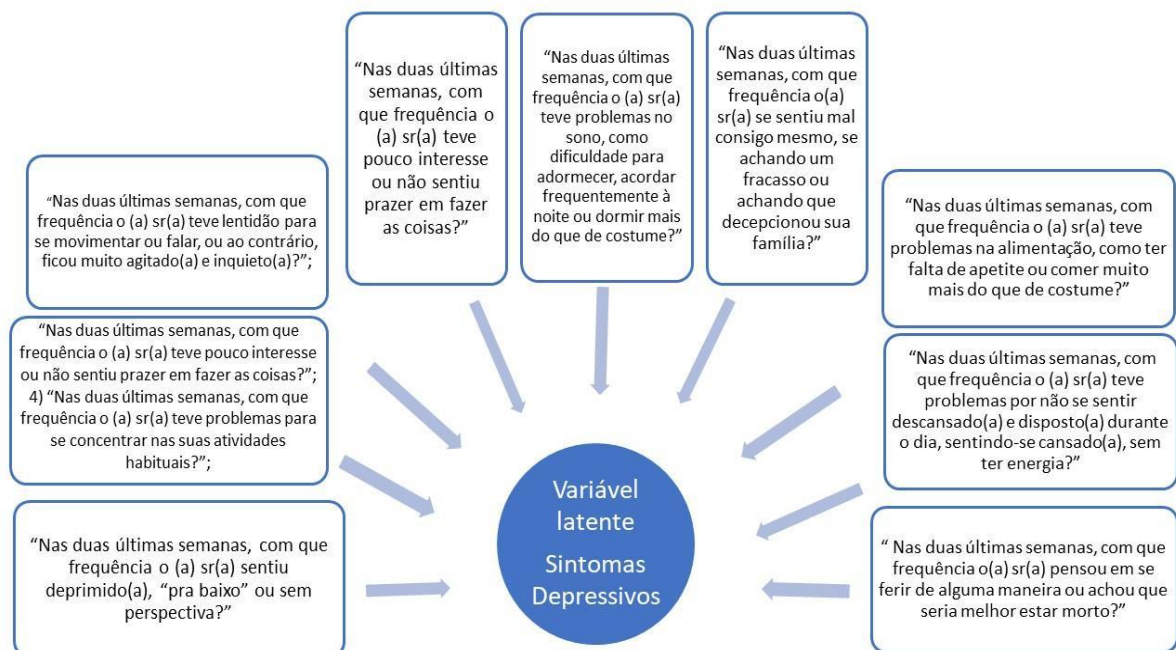
4.5.1 Variável dependente

Os sintomas depressivos foram a variável dependente. Essa variável foi construída a partir das nove perguntas relacionados aos sintomas depressivos presentes na PNS (Figura 1).

As perguntas do PNS utilizadas na presente pesquisa, são referentes a sintomas depressivos, com respostas em escala Likert relacionadas ao tempo. Foram selecionados nove questionamentos baseados na definição de sintomas psíquicos, sintomas fisiológicos ou evidências comportamentais que caracterizam a depressão, proposta por Porto (1999) : 1)

“Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?”; 2) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?”; 3) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?”; 4) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?”; 5) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?”; 6) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) e inquieto(a)?”; 7) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?” ; 8) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?” ; 9) “ Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?”.

Figura 1 – Modelo da análise de Classe latente com as questões relacionadas aos sintomas depressivos que compuseram a variável latente sintomas depressivos da pessoa idosa.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram as questões da PNS referentes aos fatores pessoais e relações interpessoais, estilo de vida, percepção do estado geral de saúde, aspectos relacionados à saúde dos idosos (doenças crônicas). Tais variáveis tiveram suas categorizações descritas, conforme os quadros abaixo.

Quadro 1 – Descrição das variáveis independentes, relativas aos aspectos pessoais dos idosos.

FATORES PESSOAIS E DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS DOS IDOSOS		
Variável - questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Idade	Abaixo da mediana	01
	Acima da mediana	02
Sexo	Masculino	01
	Feminino	02
Cor ou raça	Branca	01
	Preta	02
	Amarela ou indígena	03
	Parda	04
Estado Civil	Casado (a)	01
	Separado (a) ou Desquitado (a) judicialmente	02
	Divorciado(a)	03
	Viúvo(a)	04
	Solteiro(a)	05
Vive com cônjuge ou companheiro?	Sim	01
	Não	02
Escolaridade	Classe de alfabetização	01
	Antigo primário (elementar)	02
	Antigo Ginásio (Médio 1 ciclo)	03
	Ensino Fundamental	04
	Antigo científico (médio 2 ciclo)	05
	Ensino médio	06
	Superior ou pós-graduação	07
Sabe ler e escrever?	Sim	01
	Não	02

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes, relativas ao estilo de vida dos idosos.

FATORES DE ESTILO DE VIDA DOS IDOSOS		
Variável - questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	Não bebo nunca	01
	Menos de uma vez por mês	02
	Uma vez ou mais por mês	03
Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)	Sim	01
	Não	02
Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?	Sim, diariamente	01
	Sim, menos que diariamente	02
	Não fumo atualmente	03

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Descrição da variável independente relativa à percepção do estado geral de saúde dos idosos.

FATOR DE PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS IDOSOS		
Variável - questão da PNS	Categoria	Código da categoria
De um modo geral, como é o estado de saúde?	Muito bom e Bom	01
	Regular	02
	Ruim e Muito Ruim	03

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4– Descrição das variáveis independentes, relativas aos aspectos de doenças crônicas dos idosos

FATORES DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS IDOSOS		
Variável - questão da PNS	Categoria	Código da categoria
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?(Leia as opções de resposta)	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame?	Sim	01
	Não	02
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite	Sim	01

ou reumatismo?	Não	02
Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?	Sim	01
	Não	02

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Análise de Classes Latentes (ACL)

Para avaliação do modelo de classes latentes e definir a quantidade de classes que melhor representam o objeto de estudo, deve-se basear em alguns critérios estatísticos. A entropia, é um desses critérios, e significa a probabilidade de um indivíduo estar posto em uma perfeita classificação de classe latente. Outros critérios são utilizados com intuito de avaliar os ajustes do modelo, tais como: a) Critério de informação Akaike (AIC); b) Critério de informação Bayesiano (BIC); c) BIC ajustado. Quanto menor o valor AIC, BIC e BIC ajustado, maior adequação o modelo terá (DZIAK et al., 2015).

Para a definição do melhor modelo de classes latentes, definindo a quantidade de classes que melhor representa o objeto de estudo (variável dependente “sintomas depressivos”), foram realizados os testes de entropia, Akaike (AIC), Critério de informação Bayesiano (BIC) e BIC ajustado. A entropia recebe pontuação de 0 a 1, sendo que quando mais próximo de 1, mais adequado será o modelo, indicando boa classificação do indivíduo. Já os demais testes variam de 0 a 1, sendo 0 o valor correspondente à perfeita representação das classes. Para avaliar as significâncias estatísticas foram realizados os testes de VLMR, LMR e BLRT.

Para avaliação de significâncias estatística para avaliar os modelos de classe latente, considerou-se três testes: Vuong, Lo, Mendell, Rubin teste de verossimilhança (VLMR), Lo, Mendell, and Rubin (2001) teste de verossimilhança (LMR) e Teste da razão de verossimilhança Bootstrap (BLRT).

4.6.2 Análise descritiva e de associação

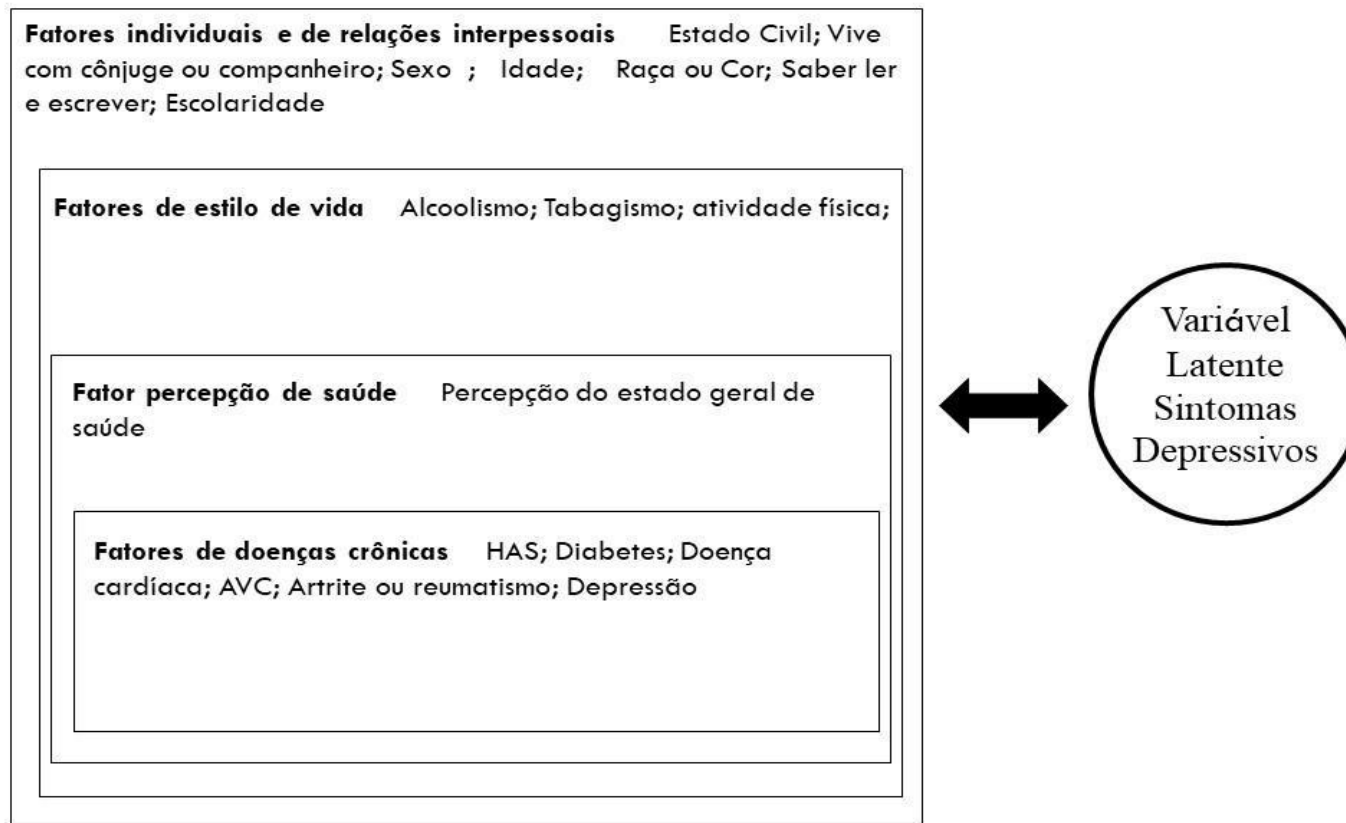
Na análise estatística descritiva as variáveis quantitativas foram apresentadas por

medida de tendência central e de dispersão, sendo calculado o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Já as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de tabela de frequência e respectivos IC de 95%.

Na análise estatística analítica foi verificada se houve presença de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente (categorizada por meio da Análise de Classes Latentes) por meio do teste qui-quadrado ou teste Exato de Fischer. Foram considerados nível de significância de 5%, e valores de resíduos padronizados maior que 1,96. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram calculadas para verificar a força ou magnitude da associação, sendo utilizados modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial. Inicialmente foi realizada a análise simples por blocos de variáveis independentes. Dentro de cada bloco, as variáveis com $p < 0,25$ foram testadas em modelos múltiplos. A modelagem foi hierarquizada conforme modelo proposto por FUCHS et al (1996). Inicialmente foram testadas as variáveis integrantes do bloco fatores pessoais e relações interpessoais. As variáveis que obtiveram $p < 0,05$ permaneceram no modelo final e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes: estilo de vida, percepção do estado geral de saúde e doenças crônicas (Figura 2).

Para as análises estatísticas foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20. A análise de classes latentes foi realizada por meio do software MPLUS. Foram considerados os pesos e estratos da amostra em todas as análises.

Figura 2 – Modelo de análise dos sintomas depressivos dos idosos brasileiros



Legenda: HAS Hipertensão Arterial Sistêmica; AVC Acidente Vascular cerebral.

Fonte: Elaborado pela autora.

5 RESULTADOS

A amostra da presente pesquisa foi constituída por 11.177 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, sem dados faltantes no questionário da PNS. A maioria da amostra foi composta pelo sexo feminino (59,2 %), com média de idade de 68 anos, sendo mais da metade com idade inferior à mediana (51,3%). Quanto à cor, prevaleceu a branca (47,5%) e parda (41,6%), sendo as cores amarela/ indígena e preta de menores representatividades.

Observando o nível de escolaridade dos idosos, 50,7 % da amostra concluíram apenas até a 4ª série, enquanto que 13,5% já apresentam nível superior ou pós-graduação. Do tal de idosos, 25% relataram não saber ler e escrever.

Quanto ao estado civil, 43% dos idosos são casados e 30,7% são viúvos. Em se tratando de relações interpessoais, 54,8% não vivem com cônjuge ou companheiro (a), e 42,5% partilham seus lares com cônjuge ou companheiro(a).

Quando se trata do estilo de vida dos idosos brasileiros, 78,9% afirmam não ter praticado exercício físico ou esporte nos últimos três meses. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 78,2% não bebem nunca, porém 13% dos idosos ingerem uma vez ou mais por mês. Em se tratando de tabagismo, 87,4% não fumam atualmente, sendo que 11,1% fazem uso de tabaco diariamente.

Em relação à percepção do estado geral de saúde dos idosos brasileiros, a maioria considerou muito boa e boa (43, 9%) a regular (43%), sendo que 13,1% consideraram ruim e muito ruim.

Quando se trata de análise das doenças crônicas, 49,4% apresentaram HAS, enquanto que 49,3% não receberam o diagnóstico médico de HAS. Quanto ao diagnóstico de diabetes, apenas 17% dos idosos foram positivos. Em se tratando de doenças cardíacas, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra, a maioria dos idosos (90%) não receberam confirmação do profissional médico. Uma pequena parcela (5%) foi acometida pelo AVC ou derrame. Prevalência considerável é observada na presença de artrite ou reumatismo, onde acomete 16,8% dos idosos brasileiros.

5.1 SINTOMAS DEPRESSIVOS

Os sintomas depressivos foram caracterizados em variável latente de três classes. Ao analisar os resultados quanto aos critérios de entropia, observou-se que os modelos com duas, três e quatro classes obtiveram os maiores valores. Em se tratando dos testes VLMR e LMR,

os modelos a partir de quatro classes obtiveram menores valores. Quanto à avaliação de significância, apenas os modelos com duas e três classes apresentaram valores significativos. Diante desses resultados, o modelo com três classes foi selecionado para representar a variável dependente devido ao maior valor de entropia e menores valores de VLMR e LMR, bem como boa significância (Tabela 1).

Tabela 1- Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Sintomas/ Comportamentos Depressivos em idosos, Brasil, 2013.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	114418.303	110030.750	108581.015	107892.287	107008.133
BIC	114820.992	110638.444	109393.714	108909.991	108630.843
BIC ajustado	114646.208	110374.681	109040.970	108468.267	108100.137
Entropia	0.882	0.861	0.866	0.816	0.825
Vuong-Lo-Mendell-Rubin LRT	p=0.0000	p=0.0002	p= 0.1405	p= 0.5688	p=0.7869
Lo-Mendell-Rubin Adjusted LRT	p=0.0000	p=0.0002	p= 0.1417	p=0.5698	p=0.7869

Legenda: AIC Critério de Informação Akaike; BIC Critério de Informação bayesiano; LRT Teste de verossimilhança.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a definição do modelo com três classes para representar a variável latente “Sintomas depressivos”, cada grupo foi denominado de acordo com a prevalência de sintomas/comportamentos depressivos relacionados ao tempo. Foram definidas as seguintes denominações: “Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos”, “Tendência a apresentar sintomatologia depressiva” e “Ausência de sintomas e/ou comportamentos depressivos” (Tabela 2).

No presente estudo, observou-se a prevalência e frequência de sintomas fisiológicos, psíquicos e/ou evidências comportamentais, baseado na definição postulada por Porto (1999). Tal definição classifica os sintomas em: a) Fisiológicos: problemas no sono e falta de apetite; b) Psíquicos: cansaço/ fadiga, falta de prazer, falta de concentração, sentir-se mal consigo mesmo ou se achar um fracasso, sentir-se pra baixo ou deprimido; c) Evidências comportamentais: apresentar lentidão ou agitação, ter ideações/ comportamentos suicidas.

Observou-se que a maioria dos idosos enquadram-se na classe latente “Ausência de sintomas e/ou comportamentos depressivos”, porém um olhar mais atento deve-se ter no

grupo classificado em “Persistência de sintomas depressivos”, pois apresentou uma frequência de quase dez por cento, dado este considerado de valor expressivo.

Tabela 2- Distribuição de idosos segundo Sintomas/ Comportamentos depressivos, Brasil, 2013.

CLASSE LATENTE	NOME DA CLASSE	FREQUÊNCIA N (%)	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR
1	Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos	1099 (9,8%)	8,9%	10,9%
2	Tendência a apresentar sintomatologia depressiva	2578 (23,1%)	21,7%	24,5%
3	Ausência de sintomas e/ou comportamentos depressivos	7500 (67,1%)	65,5%	68,7%

Legenda: IC95% intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando o comportamento das respostas às perguntas relacionadas aos sintomas depressivos, pode-se observar que idosos caracterizados no grupo “Ausência de sintomas depressivos” apresentam como resposta principal para a grande maioria dos questionamentos a opção “nenhum dia”. Já aqueles definidos em sintomas depressivos persistentes, optaram por responder a opção “quase todos os dias”, mostrando a grande periodicidade e/ou recidiva destes sintomas. Enquanto que os que estão caracterizados em “Tendência a sintomatologia depressiva” tem como principais respostas de “nenhum dia” para “menos da metade dos dias”, apresentando indicativo de início do surgimento dos sintomas de caráter depressivo (tabela 3).

Ao observar a última pergunta, que diz respeito a ideias/comportamentos suicidas, a grande maioria dos idosos relatam que em nenhum dia apresentam tais atitudes nos três grupos. Porém, observa-se uma frequência maior desses sintomas de menos da metade dos dias a quase todos os dias, no grupo “Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos”, sendo que 6,8% relatam apresentar tais ideias quase todos os dias.

No grupo “Persistência dos sintomas e/ou comportamentos depressivos” é observado em quase todos os dias, maior prevalência de sintomas psíquicos, tais como cansaço/ fadiga, falta de prazer, falta de concentração e sentir-se pra baixo ou deprimido, bem como sintomas fisiológicos tal como falta de sono. Além desses, presença frequente de evidências

comportamentais tais como apresentar lentidão ou agitação e ter ideias/ comportamentos suicidas.

Analisando o grupo “Tendência a apresentar sintomatologia depressiva”, constata-se uma frequência de nenhum dia para menos da metade dos dias de sintomas psíquicos e fisiológicos, não apresentando nenhuma evidência comportamental (lentificação/ agitação; ideias suicidas).

Tabela 3. Caracterização das classes latentes de acordo com o comportamento das respostas às perguntas relacionadas aos sintomas depressivos, Brasil, 2013.

Classes latentes	Ausência de sintomas e/ou comportamentos depressivos	Tendência a apresentar sintomatologia depressiva	Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos
1)“Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?”			
Nenhum dia	82%	40,3%	21,9%
Menos da metade dos dias	9,1%	32,4%	11,6%
Mais da metade dos dias	3,4%	13,3%	13,3%
Quase todos os dias	5,9%	14,0%	53,3%
2)“Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?”			
Nenhum dia	92,1%	34,7%	17,3%
Menos da metade dos dias	6,1%	50,2%	12,1%
Mais da metade dos dias	0,6%	11%	19,9%
Quase todos os dias	1,1%	4,1%	50,7%
3)“Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?”			
Nenhum dia	97,4%	49,1%	15,2%
Menos da metade dos dias	2,1%	44,1%	15,0%
Mais da metade dos dias	0,1%	6,0%	22,7%
Quase todos os dias	0,3%	0,8%	47,1%
4) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr (sra)teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?”			
Nenhum dia	98,3%	57,7%	35,3%
Menos da metade dos dias	1,2%	35,7%	9,2%
Mais da metade dos dias	0,02%	5,5%	18,5%
Quase todos os dias	0,04%	1,0%	36,9%
5)“Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?”			
Nenhum dia	94,4%	61,5%	46,9%
Menos da metade dos dias	3,4%	26,0%	14,6%
Mais da metade dos dias	1,1%	8,6%	11,9%
Quase todos os dias	1,1%	3,9%	26,7%
6) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) e inquieto(a)?”			
Nenhum dia	97,5%	67,6%	35,0%

Menos da metade dos dias	1,7%	26,1%	15,3%
Mais da metade dos dias	0,03%	4,4%	13,3%
Quase todos os dias	0,04%	1,9%	36,5%
Continuação Tabela 3. Caracterização das classes latentes de acordo com o comportamento das respostas às perguntas relacionadas aos sintomas depressivos, Brasil, 2013.			
7) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o (a) sr(a) sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?”			
Nenhum dia	95,8%	47,0%	18,9%
Menos da metade dos dias	3,6%	42,5%	16,4%
Mais da metade dos dias	0,03%	9,0%	20,7%
Quase todos os dias	0,03%	1,6%	44,0%
8) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?”			
Nenhum dia	99,2%	74,1%	48,0%
Menos da metade dos dias	0,06%	23,9%	19,0%
Mais da metade dos dias	0,01%	0,20%	13,3%
Quase todos os dias	0,00%	0,00%	19,7%
9) “Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?”			
Nenhum dia	99,9%	93,3%	78,0%
Menos da metade dos dias	0,01%	6,5%	8,9%
Mais da metade dos dias	0,00%	0,02%	6,3%
Quase todos os dias	0,00%	0,01%	6,8%

5.2 A POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA SEGUNDO SINTOMAS DEPRESSIVOS

Após a descrição da variável dependente gerada pela ACL, composta por 3 categorias (Ausência de sintomas e/ou comportamentos depressivos; Tendência a apresentar sintomatologia depressiva; Persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos), foi realizada a análise descritiva caracterizando a amostra conforme a frequência da sintomatologia depressiva representada pelas classes latentes (tabela 4).

A maioria dos homens idosos (74,6%) pertence ao grupo de Ausência de sintomas depressivos, enquanto 27,1% das mulheres idosas apresentam Tendência, e 11,5% das mulheres tem Persistência de sintomatologia depressiva.

Observa-se que com relação aos que vivem com companheiro, 68,7% dos idosos são classificados no grupo Ausência de sintomas depressivos, porém 11,1% dos idosos que não vivem com companheiros pertencem ao grupo de Persistência.

Quando se trata do nível de escolaridade, 10,5% que tem formação até fundamental I são classificados em Persistência dos sintomas, já 77,2% dos que possuem nível superior

completo e/ou pós-graduação apresentam Ausência de sintomas depressivos. Para aqueles que sabem ler e escrever, 69,1% são classificados em Ausência de sintomas depressivos, já os que não sabem ler/ escrever, 26,4% apresentam Tendência e 13,5% possuem Persistência de sintomatologia depressiva.

Analisando o estilo de vida dos idosos, 14,7% daqueles que fumam diariamente foram classificados em Persistência. Em se tratando da prática de alcoolismo, dos que não bebem nunca, 24,7% foram classificados em Tendência e 10,8% em Persistência. 75,9% dos idosos que bebem uma vez por mês, e 75,1% dos que bebem uma vez ou mais por mês foram caracterizados em Ausência dos sintomas. Quanto ao exercício de atividade física, 10,9% dos que não praticam foram classificados em Persistência de sintomatologia depressiva.

No que se refere à avaliação do estado geral de saúde, dentre aqueles que consideraram ruim e muito ruim, 34,1% foram postos no grupo de Tendência e 33,2% foram classificados em Persistência dos sintomas, já aqueles que definiram muito boa e boa, 88,2% pertenceram ao grupo de Ausência de sintomatologia depressiva.

Quanto à positividade de diagnóstico médico de doenças crônicas, os valores foram significativos para o grupo classificado em persistência dos sintomas depressivos. 12,5% dos idosos que possuem HAS foram postos no grupo Persistência dos sintomas depressivos, já 73,3% que não apresentam HAS, estão no grupo de Ausência de sintomatologia depressiva. Para os que possuem diagnóstico de DM, 13,3% apresentam persistência dos sintomas, no entanto, 68,5% daqueles que não tem DM apresentam ausência dos sintomas. 19,9% que tiveram AVC foram classificados em persistência dos sintomas, e 68,0% que não foram afetados pelo AVC estão no grupo ausência de sintomas depressivos.

Foram classificados no grupo persistência dos sintomas depressivos, os que tiveram diagnóstico positivo para doenças cardíacas (21,1%), artrite ou reumatismos (17,9%) e depressão (31,6%). E em grande maioria, os que não apresentaram esses diagnósticos, foram postos no grupo ausência de sintomatologia depressiva.

Tabela 4 - Distribuição da população idosa brasileira, segundo sintomatologia depressiva por blocos de fatores associados, Brasil, 2013.

Variável Independente	Frequência N	Persistência	Tendência	Ausência	Total	Valor p**
		% Linha	% Linha	% Linha	% Linha	

BLOCO 1- FATORES PESSOAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Sexo						
Masculino	4555	7,7%	17,7%	74,6%*	100%	< 0,001
Feminino	6622	11,5%*	27,2%*	61,3%	100%	
Cor/ Raça						
Branco	5314	9,3%	22,3%	68,4%	100%	0,438
Preto	1049	8,9%	25,6%	65,5%	100%	
Amarelo ou Indígena	160	8,5%	20,6%	70,9%	100%	
Pardo	4652	11,0%	23,6%	65,4%	100%	
Idade						
Abaixo da mediana (68 anos)	5732	9,2%	23,1%	67,7%	100%	0,438
Acima da mediana (68 anos)	5445	10,5%	23,0%	66,5%	100%	
Estado Civil						
Casado (a)	4808	9,0%	23,2%	67,7%	100%	0,303
Separado (a) ou Desquitado (a)	445	10,0%	21,4%	68,6%	100%	
judicialmente	688	10,7%	23,2%	66,1%	100%	
Divorciado(a)	3426	11,8%	23,3%	65,0%	100%	
Viúvo(a)	1810	8,6%	22,3%	69,1%	100%	
Solteiro(a)						
Vive com cônjuge ou companheiro(a)?						
Sim	5048	8,9%	22,4%	68,7%*	100%	0,019
Não	6129	11,1%*	23,9%	64,9%	100%	
Escolaridade						
Classe de alfabetização	627	13,0%	24,5%	62,5%	100%	< 0,001
Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série)	4381	10,5%*	22,8%	66,7%	100%	
Ensino Fundamental II (5ª a 8ª série)	974	7,3%	23,1%	69,6%	100%	
Ensino médio	1491	6,5%	23,7%	69,8%	100%	
Superior ou pós-graduação	1176	7,5%	15,3%	77,2%*	100%	
Sabe ler e escrever?						
Sim	8386	8,8%	22,1%	69,1%*	100%	< 0,001
Não	2791	13,5%*	26,4%*	60,1%	100%	

BLOCO 2- FATORES DE ESTILO DE VIDA

Tabagismo						
Sim, diariamente	1244	14,7%*	19,2%	66,1%	100%	0,004
Sim, menos que diariamente	160	10,3%	27,4%	62,3%	100%	
Não fumo atualmente	9773	9,2%	23,5%	67,3%	100%	
Alcoolismo						
Não bebo nunca	8745	10,8%%	24,7%*	64,5%	100%	< 0,001
Menos de uma vez por mês	983	6,5%	17,6%	75,9%*	100%	
Uma vez ou mais por mês	1449	7,1%	17,8%	75,1%*	100%	
Prática de exercício físico nos últimos três meses						
Sim	2356	5,8%	24,2%	70,0%	100%	< 0,001
Não	8821	10,9%*	22,7%	66,3%	100%	

BLOCO 3- ESTADO GERAL DE SAÚDE

Avaliação do estado geral de saúde						
Muito Boa e Boa	4907	2,7%	15,1%	88,2%*	100%	< 0,001
Regular	4802	10,6%	28,1%*	61,2%	100%	
Ruim e Muito Ruim	1468	33,2%*	34,1%*	32,7%	100%	

BLOCO 4- FATORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Diagnóstico de Hipertensão Arterial (pressão alta)?						
Sim	5524	12,5%*	26,4%*	61,2%	100%	< 0,001
Não	5514	7,1%	19,5%	73,3%*	100%	
Diagnóstico de Diabetes?						
Sim	1892	13,3%*	26,0%	60,6%	100%	< 0,001
Não	8682	9,0%	22,5%	68,5%*	100%	
Diagnóstico de AVC ou derrame cerebral?						
Sim	563	19,9%*	29,5%	50,6%	100%	< 0,001
Não	10614	9,3%	22,7%	68,0%*	100%	
Diagnóstico de uma doença do coração tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?						
Sim	1122	21,1%*	29,9%*	49,1%	100%	< 0,001
Não	10055	8,4%	22,2%	69,5%*	100%	
Diagnóstico de Artrite ou Reumatismo?						
Sim	1880	17,9%*	33,1%*	49,1%	100%	< 0,001
Não	9297	8,3%	21,1%	70,7%*	100%	
Diagnóstico de Depressão?						
Sim	953	31,6%*	37,6%*	30,9%	100%	< 0,001
Não	10224	7,5%	21,5%	70,9%*	100%	

*Valor Residual > 1,96 ** teste Qui-quadrado de Pearson

5.3 FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS BRASILEIROS

Após análise múltipla pôde-se observar que fatores pessoais (sexo e escolaridade), fatores de estilo de vida (tabagismo, alcoolismo e prática de atividade física), avaliação do estado geral de saúde e doenças crônicas (doenças cardíacas, artrite ou reumatismos e depressão) foram associados aos sintomas depressivos em idosos brasileiros (tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Análise de regressão logística multinomial simples em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos.

Variáveis independentes	Tendência		Persistência		Valor p
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	

BLOCO 1- FATORES PESSOAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Sexo					
Masculino	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Feminino	1,86	1,59 – 2,19	1,83	1,44- 2,32	
Cor/Raça					
Amarelo ou indígena	1,00	-	1,00	-	0,455
Preto	1,34	0,74- 2,45	1,14	0,35- 3,69	
Branco	1,12	0,64- 1,96	1,13	0,36- 3,52	
Pardo	1,24	0,71- 2,17	1,40	0,45- 4,33	
Idade					
<= mediana (68 anos)	1,00	-	1,00	-	0,471
>Mediana (68 anos)	1,01	0,87- 1,17	1,15	0,92- 1,45	
Estado Civil					
Separado (a) ou Desquitado (a) judicialmente	1,00	-	1,00	-	0,432
Casado (a)	1,10	0,75- 1,61	0,91	0,54- 1,52	
Divorciado(a)	1,13	0,71- 1,79	1,10	0,59 – 2,06	
Viúvo(a)	1,15	0,78- 1,69	1,24	0,73- 2,09	
Solteiro(a)	1,04	0,68- 1,58	0,85	0,49- 1,49	
Vive com cônjuge ou companheiro(a)?					
Sim	1,00	-	1,00	-	0,014
Não	1,13	0,97- 1,31	1,33	1,07- 1,66	
Escolaridade					
Ensino Médio	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Classe de alfabetização	1,15	0,80- 1,65	2,23	1,27- 3,91	
Fundamental I	1,00	0,80- 1,26	1,70	1,20- 2,41	
Ensino Fundamental II	0,98	0,72- 1,33	1,12	0,62- 2,03	
Superior ou pós-graduação	0,58	0,42- 0,81	1,05	0,62- 1,76	
Sabe ler e escrever?					
Sim	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Não	1,37	1,15- 1,63	1,77	1,39- 2,45	

BLOCO 2- FATORES DE ESTILO DE VIDA

Tabagismo					
Não fumo atualmente	1,00	-	1,00	-	0,017
Sim, menos que diariamente	1,26	0,69- 2,29	1,21	0,61- 2,39	
Sim, diariamente	0,83	0,65- 1,06	1,63	1,15- 2,30	
Alcoolismo					
Menos de uma vez por mês	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Não bebo nunca	1,56	1,25- 2,18	1,94	1,28- 2,92	
Uma vez ou mais por mês	1,02	0,73- 1,43	1,10	0,63- 1,90	
Prática de exercício físico nos últimos três meses					
Sim	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Não	0,99	0,82- 1,21	1,98	1,46- 2,69	

Continua

Continuação Tabela 5. Análise de regressão logística multinomial simples em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos.

BLOCO 3- ESTADO GERAL DE SAÚDE					
Avaliação do estado geral de saúde					
Muito Boa e Boa	1,00	-	1,00	-	
Regular	2,51	2,09- 3,00	5,32	3,81- 7,43	
Ruim e Muito Ruim	5,70	4,40- 7,38	31,16	21,55 – 45,05	< 0,001
BLOCO 4- FATORES DE DOENÇAS CRÔNICAS					
Diagnóstico de Hipertensão Arterial (pressão alta)?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	1,62	1,39- 1,89	2,09	1,65- 2,66	
Diagnóstico de Diabetes?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	1,31	1,06- 1,61	1,66	1,29- 2,14	
Diagnóstico de AVC ou derrame cerebral?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	1,74	1,21- 2,51	2,87	1,97- 4,18	
Diagnóstico de uma doença do coração tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	1,90	1,49- 2,43	3,55	2,67- 4,72	
Diagnóstico de Artrite ou Reumatismo?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	2,26	1,85- 2,76	3,12	2,42- 4,00	
Diagnóstico de Depressão?					
Não	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Sim	4,00	3,06- 5,24	9,62	6,97- 13,26	

Observou-se que as mulheres idosas apresentam 76% de chance de desenvolver persistência dos sintomas depressivos, e 1,86 vezes mais chance de apresentarem tendência a sintomas depressivos em relação aos homens idosos. No que se refere ao grau de escolaridade, pode-se dizer que idosos que apenas concluíram a classe de alfabetização têm

2,30 vezes mais probabilidade de ter persistência dos sintomas depressivos, e os que tem fundamental I (1ª a 4ª séries), 1,72 mais chances em relação ao ensino médio.

Em relação ao estilo de vida, idosos que fumam diariamente tem 95% mais chances de ter persistência de sintomatologia depressiva em relação aos que não praticam tabagismo. Analisando a prática de alcoolismo, observa-se que idosos que não bebem nunca têm 72% mais chance dos que aqueles que bebem menos de uma vez por mês de apresentar persistência de sintomas depressivos, e 44% mais chances de apresentar tendência à sintomatologia depressiva. Idosos que não praticam atividade física têm 63% mais chances de ter sintomas depressivos persistentes quando comparados aos que praticam.

Quanto à avaliação subjetiva do estado geral de saúde dos idosos, esta mostra-se intimamente ligada à frequência de sintomatologia depressiva. Idosos que tem uma percepção ruim e muito ruim de sua saúde, têm 38,62 mais chances de ter persistência dos sintomas em relação aos que consideram sua saúde boa e muito boa. Já aqueles que consideram sua saúde regular, possuem 6,23 vezes mais chances de persistência dos sintomas em relação aos que consideram a saúde boa e muito boa. No entanto, deve-se ter ressalva quando ao largo Intervalo de Confiança (IC) desse achado.

Sob a ótica da presença de doenças crônicas, observa-se que idosos que tem diagnóstico para doenças cardíacas tem 2,23 mais chances de sintomas depressivos persistentes do que aqueles que não tem tal patologia. Quanto à presença de artrite ou reumatismos, há 72% mais chances de persistência de sintomas depressivos em relação aos que não possuem esta doença. Idosos com diagnóstico positivo para depressão apresentam 7,81 vezes mais chances de ter persistência e 3,10 vezes mais chances de tendência à sintomatologia depressiva quando comparados aos que tem diagnóstico negativo para a depressão.

Tabela 6. Análise de regressão múltipla multinomial em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos.

Variáveis independentes	Tendência		Persistência		Valor p
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
BLOCO 1- FATORES INDIVIDUAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS					
Sexo					
Masculino	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Feminino	1,86	1,54- 2,24	1,76	1,34- 2,32	

Continua

Continuação Tabela 6. Análise de regressão múltipla multinomial em blocos hierarquizados das variáveis associadas aos sintomas depressivos.

Escolaridade					
Ensino Médio	1,00	-	1,00	-	< 0,001
Classe de alfabetização	1,19	0,84- 1,69	2,30	1,32- 4,02	
Ensino Fundamental I	1,02	0,81- 1,28	1,72	1,21- 2,44	
Ensino Fundamental II	0,98	0,72- 1,35	1,13	0,62- 2,06	
Superior ou pós-graduação	0,59	0,42- 0,82	1,06	0,63- 1,80	
BLOCO 2 -ESTILO DE VIDA					
Tabagismo					
Não fumo atualmente	1,00	-	1,00	-	0,006
Sim, menos que diariamente	1,75	0,89- 3, 62	1,78	0,84- 3,75	
Sim, diariamente	0,91	0,68- 1,21	1,95	1,28- 2,98	
Alcoolismo					
Menos de uma vez por mês	1,00	-	1,00	-	0,026
Não bebo nunca	1,44	1,06- 1,96	1,72	1,08- 2,74	
Uma vez ou mais por mês	1,22	0,85- 1,75	1,16	0,63- 2,14	
Prática de exercício físico nos últimos três meses					
Sim	1,00	-	1,00	-	0,006
Não	0,86	0,69- 1,07	1,63	1,15- 2,31	
BLOCO 3 -PERCEPÇÃO DE SAÚDE					
Avaliação do estado geral de saúde					
Muito Boa e Boa	1,00	-	1,00	-	<0,001
Regular	2,78	2,26- 3,42	6,23	4,13- 9,38	
Ruim e Muito Ruim	6,15	4,52- 8,37	38,62	24,15- 61,78	
BLOCO 4 DOENÇAS CRÔNICAS					
Diagnóstico de uma doença do coração tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?					
Não	1,00	-	1,00	-	0,002
Sim	1,58	1,16- 2,16	2,22	1,47- 3,39	
Diagnóstico de Artrite ou Reumatismo?					
Não	1,00	-	1,00	-	0,000
Sim	1,58	1,24 - 2,01	1,72	1,23- 2,40	
Diagnóstico de Depressão?					
Não	1,00	-	1,00	-	0,000
Sim	3,10	2,26- 4,26	7,81	5,08- 12,02	

6 DISCUSSÃO

De acordo com a OMS (2017), a depressão é uma desordem a nível mental, que se caracteriza por tristeza persistente e perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas por uma incapacidade de realizar atividades diárias, por pelo menos duas semanas. Acrescentados a esse quadro, pode apresentar outros sintomas: perda de energia; uma mudança no apetite; insônia; ansiedade; baixa concentração; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; e pensamentos suicidas.

O principal instrumento recomendado pela OMS para diagnóstico da depressão é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), sendo a sua forma reduzida (GDS- 15) amplamente utilizada. Tal escala avalia o estado de humor e os sentimentos do sujeito nas duas últimas semanas, apresentando variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos), onde valores ≥ 5 considera-se suspeita de depressão. Porém esse método diagnóstico apresenta um ponto de corte, não observando o comportamento e/ou a frequência dos sintomas depressivos nos indivíduos analisados.

Estudos têm mostrado a magnitude da depressão, sendo esta melhor representada como uma síndrome, de caráter dimensional e contínuo (EULÁLIO MC, 2015). Salientando assim a importância do olhar contínuo da doença sobre o sujeito, devendo os indivíduos não mais serem apenas categorizados em ausência ou presença de depressão.

No presente estudo, a análise de classes latentes permitiu observar o perfil do comportamento dos sintomas depressivos na população analisada, considerando idosos que apresentam menor frequência dos sintomas, mas em fase de transição e/ou risco para desenvolver a depressão maior. Observou-se a frequência de sintomas depressivos, nas duas últimas semanas, na população idosa brasileira, sendo caracterizados em tendência de sintomatologia depressiva (23,1%) e persistência de sintomas e/ou comportamentos depressivos (9,8%).

Corroborando com esses achados, estudos de base populacional realizados no Brasil também mostraram valores expressivos quanto à prevalência de sintomas depressivos. Ramos GCF et al (2015) detectou a presença de depressão em 27,5% dos idosos não institucionalizados e residentes no norte de Minas Gerais, já em outra pesquisa realizada com idosos residentes na cidade de Pelotas- RS, foi observado prevalência de 15,2% de idosos com depressão (HELLWIG N et al, 2016).

Diversos instrumentos são utilizados atualmente para diagnosticar a depressão na população, em especial nos idosos. Tais instrumentos visam classificar quantitativamente a

presença de depressão nos indivíduos, com um olhar puramente clínico. Porém, a depressão é uma síndrome também de caráter subjetivo, pois envolve as experiências e vivências do indivíduo, a cultura e sociedade em que este se insere, mostrando-se assim a importância de um olhar integral sobre o sujeito deprimido (DE OLIVEIRA et al, 2017).

6.1 FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS

Tendo em vista a síndrome depressiva ser uma doença que afeta diferentes âmbitos do indivíduo, os sintomas depressivos podem estar atrelados a diversos fatores biopsicossociais. No presente estudo, os fatores associados aos sintomas depressivos identificados foram fatores pessoais (sexo feminino e baixa escolaridade), fatores de estilo de vida (ausência de prática de tabagismo, ausência de ingestão alcoólica e ausência de prática de atividade física), percepção de saúde (percepção negativa do estado geral de saúde) e doenças crônicas (diagnóstico positivo para doenças cardíacas, artrite/ reumatismos e depressão).

No entanto, deve-se salientar que o presente estudo tem caráter seccional, não podendo afirmar a causalidade e sim inferir que há influência desses aspectos sobre a presença de sintomatologia depressiva.

6.1.1 Fatores pessoais

Tratando-se de fatores pessoais, ser do sexo feminino e ter baixa escolaridade representam maior chance do idoso desenvolver sintomas depressivos. As mulheres idosas apresentam maiores probabilidades de ter persistência dos sintomas depressivos ou tendência a sintomatologia depressiva quando comparado com os homens idosos.

Em consonância com este achado, LOPES et al (2015) constatou que as mulheres anciãs estavam 2 vezes mais associadas à depressão do que os homens mais velhos. Segundo Nogueira et al (2014), idosas assistidas em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentaram 1,4 vezes mais chances do que os homens de apresentar depressão. Outro estudo realizado por Souza LA et al (2014), analisou 374 idosos em 33 ESF, e verificou que idosos do sexo feminino apresentaram 1,87 vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos que os do sexo masculino.

A depressão em mulheres em idade avançada está relacionada às várias mudanças, dentre elas as alterações biológicas e hormonais, ambientais e psicológicas. A menopausa repercute em alterações sexuais e labilidade emocional, somado a isso está a perda de cônjuges e/ou parentes. Há também influência cultural na desvalorização do corpo envelhecido da mulher, devido ao culto à juventude, bem como no papel da mulher com as responsabilidades domiciliares e/ou como cuidadora principal de parentes adoecidos (BRASIL, 2008).

O baixo nível de escolaridade está associado à presença de sintomatologia depressiva. Idosos que apenas concluíram a classe de alfabetização tem 2,30 mais chances de ter persistência dos sintomas depressivos, e os que tem fundamental I, 1,72 mais chances em relação ao ensino médio.

Corroborando com esse achado, um estudo realizado com 1.656 idosos residentes em Florianópolis, SC, observou-se que aqueles que apresentavam nenhum ano de estudo (RP= 2,11), um a quatro anos (RP= 1,62) e cinco a oito anos de estudo (RP=1,50) estavam associados à presença de depressão (BORGES LJ et al, 2013). Já Cardoso AEP et al (2018) observou que os idosos residentes em uma cidade de Mato Grosso, no nível de escolaridade ser analfabetos apresentaram 1,83 vezes mais chance de ter sintomas depressivos.

Em estudo realizado na população idosa coreana, onde analisou as características demográficas e de saúde que influenciam na depressão, pôde-se observar que tais características explicaram 19,2% dos sintomas depressivos, sendo dentre eles “não concluir o ensino médio” um dos fatores de risco para depressão (CHUNG SS et al, 2017).

O nível de escolaridade está intimamente relacionado ao nível econômico, e consequentemente pode ser fator agravante das desigualdades. Esse cenário acarreta em limitações quanto ao acesso adequado à informação, resultando assim, maior desemprego, maior vulnerabilidade à exposição de doenças crônicas, bem como falta de conhecimento quanto aos direitos pertinentes à pessoa idosa. Esse conjunto de fenômenos pode desencadear a depressão nessa população.

6.1.2 Estilo de vida e sintomas depressivos

Em se tratando do estilo de vida que os idosos brasileiros apresentam, a prática de tabagismo está mais propensa a desenvolver persistência de sintomatologia depressiva quando comparado aos que não fumam. Tal cenário pode apresentar causalidade reversa, visto que o

idoso pode tornar-se fumante como forma de fuga da depressão, ou o ato contínuo de fumar pode desenvolver depressão. Estudos do tipo coorte já vem embasando essa relação bidirecional do tabagismo e depressão (MUNAFO MR et al, 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez por mês, parece ser fator de proteção para presença de sintomas depressivos. No cenário cultural da população brasileira, o consumo de álcool está intimamente atrelado à vida social ativa, apresentando boas relações interpessoais. Diante disso, idosos brasileiros que consomem bebida alcoólica socialmente podem ter menos chances de desenvolver depressão. A ausência de ingestão alcoólica é risco para desenvolver sintomas depressivos, tal achado pode ser decorrente do baixo status socioeconômico, podendo gerar privação de vida social ativa, o que pode propiciar em surgimento desses sintomas.

A prática de exercícios físicos é um fator de proteção para sintomatologias depressivas. No presente estudo constatou-se que idosos que são não adeptos à prática de atividade física tem 63% mais chances de ter sintomas depressivos persistentes quando comparados aos que praticam. Para os que praticam, o risco reduz em 39% (OR= 0,61).

Idosos saudáveis que foram submetidos a um programa de treinamento funcional com duração de dez semanas apresentaram melhora na avaliação de depressão geriátrica, do contrário ocorreu no grupo de participantes que não praticaram o programa de exercícios, onde houve deterioração da avaliação de depressão geriátrica (LAREDO-AGUILERA JA et al, 2018). Outro estudo realizado por Gonçalves AK (2015) que analisou se existia diferença quanto à prevalência de depressão entre idosos ativos e de faixas etárias diferentes, observou-se ausência de depressão em todas as faixas etárias, mostrando assim o impacto da prática de atividade física sobre o bem-estar psicológico dessa população.

O ato de se exercitar culmina na liberação e catecolaminas como serotonina, noradrenalina e dopamina e de endorfinas, resultando em sensação de bem-estar físico e mental (GUYTON A et al, 2011; POWERS SK et al, 2014), bem como propicia em convívio social com os demais praticantes. A prática de esportes ou caminhadas podem ter impacto positivo sobre a saúde mental através de mecanismos fisiológicos, por meio do aumento da síntese e o metabolismo de certos neurotransmissores, reduzindo marcadores inflamatórios ou promovendo alterações no sistema imunológico (ANDRADE- GÓMEZ et al, 2018). Além disso, envolver os idosos em momentos prazerosos pode melhorar a autoestima.

Além desses benefícios, a prática de exercícios físico repercute em alterações positivas nas estruturas e funções do Sistema Nervoso Central (SNC), tais como melhora nos desempenhos cognitivos, e nas estruturas e funções musculares e cardiovasculares, bem como

na mobilidade e equilíbrio em idosos (SCIANNI A A et al, 2018). Sendo assim, o idoso ativo pode apresentar maior convívio social, sensação de bem-estar físico e mental, melhora de independência funcional, bem como melhora da cognição, promovendo qualidade de vida e consequentemente menor susceptibilidade à desenvolver sintomas depressivos.

6.1.3 Percepção do estado geral de saúde e sintomas depressivos

No tocante à avaliação subjetiva do estado geral de saúde dos idosos, esta está associada aos sintomas depressivos. Idosos que tem uma percepção ruim e muito ruim de sua saúde, tem 38,62 vezes mais chances de ter persistência dos sintomas em relação aos que consideram sua saúde boa e muito boa. O referido valor de OR (5,78) pode ser influenciado pelo baixo número de indivíduos mensurados nesta variável. Já aqueles que consideram sua saúde regular, tem 6,23 mais chances de persistência dos sintomas em relação aos que consideram a saúde boa e muito boa. Tal relação mostra que a forma como o idoso tem percepção da sua saúde é reflexo importante da presença de sintomas depressivos.

Segundo Borges LJ et al (2013), idosos que apresentam percepção de saúde regular tem 1,95 vezes mais chance, e ruim, 2,64 vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos. Seguindo o mesmo achado, Hellwing et al (2016) observou em idosos residentes em Pelotas (RS, Brasil) que os sintomas depressivos foram maiores entre aqueles que avaliaram sua saúde como regular (OR= 2,76) ou ruim/ muito ruim (OR= 5,78), quando comparados àqueles como melhor autopercepção de saúde.

O conceito postulado pela OMS em 1947 define a saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades ou invalidez” (OMS, 2006). Observando mais especificamente a população idosa brasileira, a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006).

Além de o estado mental, físico e social terem impacto sobre a autopercepção do estado geral de saúde, para os idosos devem-se também considerar a sua autonomia (capacidade para tomar decisões ativamente) e independência funcional (capacidade para realizar atividades da vida diária). Em uma coorte realizada por Crippa A et al (2017) constatou-se que idosos que portavam de depressão maior apresentaram menor capacidade de decisão quando comparados ao idosos saudáveis. Portanto, idosos que apresentam esses

aspectos ausentes em sua vida podem desenvolver sintomatologia depressiva, por não serem capazes e/ou impedidos de decidir ativamente e realizar atividades de seus interesses, tornando-se dependentes de terceiros.

6.1.4 Doenças crônicas e sintomas depressivos

A presença de doenças crônicas também reflete na percepção de saúde por parte dos idosos brasileiros. Idosos que apresentaram diagnóstico positivo para doenças cardíacas, artrite ou reumatismos e depressão tiveram maior risco de tendência ou persistência dos sintomas depressivos.

Bretanha et al (2015) observou que idosos que referiam ter problemas cardíacos apresentaram 30% mais prevalência de sintomas depressivos quando comparados com os idosos que não relataram problemas cardíacos. Dos idosos residentes em Taiwan, portadores de Insuficiência Cardíaca (IC), 47,13% apresentaram sintomas de depressão, sendo que aqueles que não tem cônjuge, que estavam atualmente empregados, que tinham uma fração de ejeção <30%, que haviam sido readmitidos no hospital 2 ou mais vezes, e que tinham um alto nível de sintomas de IC, eram significativamente mais propensos a ficar deprimidos (YEH HF, 2017).

Em estudo realizado por Rodrigues GHP et al (2015), objetivou-se avaliar em uma população de idosos cardiopatas, quais seriam os determinantes clínicos mais relevantes de dependência e de qualidade de vida. Como resultado, a depressão apresentou grande impacto negativo sobre a independência e qualidade de vida desses indivíduos, fato este que mostra que apesar das múltiplas comorbidades associadas, o estado psicológico tem grande influência sobre a vida do idoso.

As doenças cardíacas apresentam alta morbi-mortalidade dos portadores, o que acarreta em frequentes hospitalizações/ internações, bem como cuidados intensivos e contínuos. Em estudo realizado por Coelho MX et al (2015) foi constatado um aumento da incidência de hospitalizações e óbitos, nos anos de 2000 a 2012, entre idosos brasileiros e portadores de doenças cardíacas isquêmicas. Tal cenário restringe o idoso do seu convívio social, gera maior dependência funcional, podendo resultar em surgimentos de sintomas depressivos.

No presente estudo observou-se que idosos portadores de artrite ou reumatismos, apresentaram 72% mais chances de persistência de sintomas depressivos em relação aos que não possuem esta doença.

Em estudo realizado com pacientes no nordeste da China (PU D et al, 2018), observou-se alta prevalência de depressão entre aqueles portadores de Artrite Reumatóide, cerca de 62% da amostra apresentou algum grau de depressão, tal quadro estava associado significativamente à duração da doença. Outro estudo também observou alta prevalência de depressão em chineses portadores de Fibromialgia, com taxa de 87,2% (ZHANG Y et al, 2018).

Coreanos portadores de osteoartrite (OA) apresentaram 52% (sexo masculino) e 27% (sexo feminino) maior probabilidade de ter depressão quando comparados aos não- portadores de OA. Já em relação à ideações suicidas, os portadores de OA apresentaram 1,90 (sexo masculino) e 1,49 (sexo feminino) mais chances do que os não-portadores de OA (JUNG JH et al, 2018).

As atries ou reumatismos tem grande impacto sobre a saúde do idoso, por serem de caráter incapacitantes, com acometimentos articulares e presença de dores crônicas. A Artrite Reumatoide (AR), por exemplo, é uma doença de natureza destrutiva, que resulta em dor, rigidez, reabsorção óssea e inflamação sistêmica (FIGUEIRADO-BRAGA et al, 2018), limitando por conseguinte, a funcionalidade ativa e prática de atividades básicas de vida diária. Tal quadro de dependência resultante pode desencadear a sintomatologia depressiva.

A percepção que o idoso tem sobre a presença de sintomas depressivos está em consonância com o diagnóstico médico positivo para a depressão. Os idosos que apresentaram persistência dos sintomas, tiveram quase 8 (oito) vezes mais chances de ter diagnóstico positivo para depressão.

Porém, no presente estudo, uma parcela de idosos que relataram uma menor frequência de sintomas depressivos, classificados no grupo “tendência a sintomatologia depressiva”, apresentaram diagnóstico positivo para a depressão. Tal cenário gera uma reflexão acerca do diagnóstico e/ ou instrumento utilizado pela equipe de saúde para definir em presença ou ausência de depressão. Tais métodos adotados (YESAVAGE et al, 1982; PARCIAS et al, 2011) não consideram a periodicidade dos sintomas nas últimas semanas, naqueles idosos que estão em fase de transição.

Em estudo realizado por Silva M A et al (2018) onde avaliou o Inventário de Depressão de Beck - segunda versão (BDI- II), sob a ótica da Análise de Classe Latente, em

uma população de faixa etária de 13 a 85, foi sugerido pontos de corte em termos de gravidade dos sintomas depressivos.

Além disso, parte dos idosos relataram apresentar diagnóstico positivo para depressão, porém foram classificados em Ausência de sintomatologia depressiva. Esse quadro pode refletir a falta de percepção, conhecimento ou mesmo a negação por parte da população idosa brasileira em reconhecer que apresentam alguns sintomas depressivos. Outro fator pode estar relacionado ao tempo em que o idoso recebeu diagnóstico médico, no passado, e ter sido submetido ao tratamento psicoterápico e médico, apresentando-se atualmente fora do estado depressivo.

Contrapondo a este cenário, também foi apresentado no presente estudo, uma menor parcela de idosos que foram classificados em Persistência dos sintomas depressivos, porém relataram não apresentar diagnóstico positivo para depressão. Esse resultado pode ser reflexo do viés de memória por parte dos idosos, por serem acometidos com problemas cognitivos (WAGNER et al, 2018), ou decorrente da falta do acesso à saúde, para realizar adequada investigação do quadro de saúde (STOPA et al, 2017).

Diante do exposto, torna-se então primordial o aperfeiçoamento do trabalho de equipe de saúde de forma multidisciplinar e integrada, visando a prevenção. Salientando também, a importância de desmitificar a presença desses sintomas como parte inerente ao processo de envelhecimento fisiológico.

A presente pesquisa buscou analisar os sintomas depressivos e seus fatores associados na população idosa brasileira. No entanto, o questionário da PNS que serviu de base para o estudo abrangeu a população em todas as faixas etárias, sendo então provável a presença de *missing*, limitando assim uma análise mais ampla relacionada ao objeto de estudo em idosos.

Vale salientar que o tipo de delineamento do presente estudo não permite estabelecer relações causais e os fatores identificados devem ser vistos apenas como associações. Além disso, por se tratar de análise com dados secundários, o presente estudo pode apresentar viés de informação, limitação inerente a essa escolha metodológica. Bem como, pode-se observar viés de memória, pois o auto relato pode ser influenciado pela idade, devido à possíveis dificuldades em lembrar informações necessárias.

7 CONCLUSÃO

A prevalência da presença de tendência à persistência de sintomas depressivos na população idosa foi elevada, o que está em consonância com a maioria das pesquisas que apresentam o mesmo objeto de estudo.

Os idosos brasileiros analisados apresentaram três perfis de comportamentos quanto à frequência da sintomatologia depressiva. Esses dados evidenciam a heterogeneidade da síndrome depressiva e potencializam a discussão sobre a análise diagnóstica desta síndrome, sendo necessário desvincular o olhar clínico e focar sob a ótica multidimensional e contínua do processo depressivo sobre o indivíduo. Bem como tais achados podem servir de base para aprimorar os critérios apresentados nas escalas de depressão.

Apresentam-se com maior vulnerabilidade em relação à frequência de sintomas depressivos: mulheres idosas, que concluíram apenas alfabetização ou ensino fundamental, fumante, sem ingestão de bebida alcoólica, inativos fisicamente, com percepção ruim e muito ruim do seu estado geral de saúde e apresentar diagnóstico médico positivo de doenças crônicas (doenças cardíacas, artrite ou reumatismos e depressão). Esse fenômeno mostra a importância de aprimorar as políticas públicas voltadas para os idosos, com objetivo de minimizar os aspectos biopsicossociais que afetam negativamente no processo depressivo.

Por fim, é imprescindível novos estudos na população idosa com sintomas depressivos, de caráter longitudinal, para aprofundamento da análise dos comportamentos que essa doença se apresenta e suas possíveis causas.

REFERÊNCIAS

- ALAMRI, S. H.; BARI, A. I.; ALI, A. T. Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. **Annals of Saudi Medicine**, v. 37, n. 2, p. 122, 2017.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A.. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999 .
- AMARAL, T.L.M. et al . Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guimard, Acre, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 9, p. 3077-3084, Sept. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000903077&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>.
- ANDRADE-GÓMEZ, E. et al. Sedentary behaviors, physical activity, and changes in depression and psychological distress symptoms in older adults. **Depression and anxiety**, v. 35, n. 9, p. 884-897, 2018.
- BASTOS, J. L. D., DUQUIA R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007
- BAWAH, A. et al. The Evolving Demographic and Health Transition in Four Low- and Middle-Income Countries: Evidence from Four Sites in the INDEPTH Network of Longitudinal Health and Demographic Surveillance Systems. **PLOS ONE** DOI:10.1371/journal.pone.0157281 June 15, 2016
- BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev Saude Publica**. 2012;46(4):617-23
- BONITA, Ruth et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. **The Lancet**, v. 381, n. 9866, p. 575-584, 2013.
- BORGES, L. J. et al . Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 701-710, ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>.
- BRANDT, R. et al. Estado de humor e fatores associados no desempenho de nadadores no período competitivo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 12, nº 40, abr/jun 2014
- BRETANHA, A. F. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2015, v. 18, n. 1, pp. 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>. Acesso em: 18 Dezembro 2018] Epub Jan-Mar 2015. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.

CAMPOLINA, A. G. et al . A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em :

09 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>.

CARVALHO, A. F. et al. Different Patterns Of Alcohol Consumption And The Incidence And Persistence Of Depressive And Anxiety Symptoms Among Older Adults In Ireland: A Prospective Community-Based Study. **Journal of Affective Disorders**, 2018.

CHAIMOWICS, F. **Saúde do Idoso**. 2 ed – Belo Horizonte: NESCOM UFMG: 2013.

CHUNG, S. S.; JOUNG, K. H. Demographics and health profiles of depressive symptoms in Korean older adults. **Archives of psychiatric nursing**, v. 31, n. 2, p. 164-170, 2017.

COELHO, M. X. et al. Análise das internações e da mortalidade por doenças cardíacas isquêmicas em idosos no distrito federal, no período 2000 a 2012. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 6, n. 2, p. 78-83, 2015.

COVER, T. M.; THOMAS, J. A. **Elements of Information Theory**. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2006

CRIPPA, A.; DA SILVA FILHO, I. G.; TERRA, N. Avaliação da capacidade de decisão de idosos diagnosticados com depressão maior. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p. 2, 2017.

SANTOS CURADO, Maria Alice; TELES, Júlia; MARÔCO, João. Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, 2014.

DE OLIVEIRA, A. M. do C.; GOULART, D. M.; REY, F. L. G.. Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 3, p. 252-261, 2017.

DE OLIVEIRA, M do S. S; De Santana Ferreira, S M; Santana, M D R. Saúde mental do idoso com enfoque na depressão. **Revista E-Ciência**, v. 4, n. 1, 2016

DO NASCIMENTO, Kenia Kelly Fiaux et al. Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambui cohort study of aging. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 30, n. 12, p. 1171-1176, 2015.

DOMÈNECH-ABELLA, Joan et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 381-390, 2017.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, 46(1), 126-134, 2012

DZIAK, J. J.; et al. Sensitivity and Specificity of Information Criteria. **Peer J preprints**, Corte Madera, p. 1–20, 2015.

EULÁLIO, M. do C. et al. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 3, pp. 555-564. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00028914>>. ISSN 1678-4464. Acesso em: 14 Janeiro 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00028914>.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FIGUEIREDO-BRAGA, M. et al. Influence of Biological Therapeutics, Cytokines, and Disease Activity on Depression in Rheumatoid Arthritis. **Journal of immunology research**, v. 2018, 2018.

FREEMAN, A. et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). **BMC public health**, v. 16, n. 1, p. 1098, 2016

FREITAS, E. V. de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. Ed. Guanabara Koogan. 4ª ed. 2016.

FUCHS, S. C.; VICTORA, C. G.; FACHEL, J.. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 168-178, Apr. 1996 . <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000200009>.

GABRIEL, C. B., SANTOS, L., SALLES, P. G. Efeitos agudos da atividade física sobre o estado de humor de indivíduos da 3ª idade. **Revista Saúde Física & Mental- UNIABEU** v.2 n.1 Janeiro - Julho 2013

GBD 2013. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. **Lancet**. Author manuscript; available in PMC 2016 May 28.

GOMES, J.B., REIS, L.A. Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, 19(1), pp. 175-191, 2016

GONÇALVES, A. K. et al. Qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos de três faixas etárias praticantes de atividade física. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.1], v. 17, n. 3, p. 79 - 94, set. 2014. ISSN 2176-901X. disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/21674>. Acesso em: 20 dez. 2018.

GULLICH I., DURO, S. M. S., CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** 19 (04) Oct-Dec 2016 • <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>

GUYTON A, Hall J.E.. Tratado de fisiologia médica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

HELLWIG, N., MUNHOZ, T. N. e TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 11, pp. 3575-3584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>. Acesso em: 9 Janeiro 2019 ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>.

HOLWERDA, T. J. et al. Impact of loneliness and depression on mortality: results from the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. **Br J Psychiatry**. 2016 Aug;209(2):127-34. doi: 10.1192/bjp.bp.115.168005. Epub 2016 Apr 21.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **IBGE**; 2017 . Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm Acesso em 22 de Junho, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2014. 181 p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. **IBGE**. [cited 2013 apr 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2012. 65 p.

ITABORAÍ, N. R. A maternidade adiada e reduzida e a infecundidade no Brasil: transformações de gênero e desigualdades de classe. **Anais**, 1-19, 2017

JUNG, J. H. et al. Association between osteoarthritis and mental health in a Korean population: a nationwide study. **International journal of rheumatic diseases**, v. 21, n. 3, p. 611-619, 2018.

LAREDO-AGUILERA, José Alberto et al. Effects of a 10-week functional training programme on pain, mood state, depression, and sleep in healthy older adults. **Psychogeriatrics**, v. 18, n. 4, p. 292-298, 2018.

LEAL M. C. C. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**. 2014; 27(3):208-14

LEÃO, R. C. H., SILVA, V. L., MOREIRA, R. S. Análise de Classes Latentes: um novo olhar sobre o fenômeno depressão em homens idosos no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(6): 820-832

LOPES NOGUEIRA, E. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, Junho-Sin mes, 368-377, 2014

LOPES, J. M. et al . 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.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 521-531, set. 2015 . <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14081>.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 3-16, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000700003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 599-608, dez. 2014. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 09 set. 2017

Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

MUNAFO M.R., ARAYA R. Cigarette smoking and depression: a question of causation. **Br J Psychiatry** 2010; 196(6): 425-6.

MURPHY, E. et al. Familial aggregation of major depressive disorder in an African-American community. **Depression and anxiety**, 2018.

NOGUEIRA, E. L. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev Saúde Pública** 2014;48(3):368-377. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004660

NOGUEIRA, E. L. et al . Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 368-377, jun. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300368&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>.

NOTESTIEN, F. W. Population: the long view. In SCHULTZ ed. Food for the world. Chicago: University of Chicago Press, 1945

OLAGUNJU, A. T. et al. Late-life depression: Burden, severity and relationship with social support dimensions in a West African community. **Arch Gerontol Geriatr**. 2015 Sep-Oct;61(2):240-6. doi: 10.1016/j.archger.2015.05.002. Epub 2015 May 14.

OLIVEIRA, R. C. et al. Interferência do estado de humor na melhora dos componentes da capacidade funcional em idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 285-296, 2015

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition. A theory of the Epidemiology of population change. 1971. **Bulletin of the World Health Organization**. 2001;79(2):161-170.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Envelhecimento e Saúde. Web site. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: 17 de Janeiro, 2019

OMS, https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ 2017

OMS. Depression and Other Common Mental Disorders- Global Health Estimates. **OMS**. 2017 WHO/MSD/MER/2017.2 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 Agosto, 2017

OMS. Global Health and Aging. **US National Institute of Aging**, October 2011

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

PARCIAS, Silvia et al . Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 60, n. 3, p. 164-170, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000300003>.

PEREIRA, R. A., ALVES-SOUZA, R. A., VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 6(1): 99-108, jan-jun, 2015

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasil, Ministério da Saúde, 2006.

Powers S.K., Howley E.T. Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 8ª ed. São Paulo: Manole; 2014.

PU, D., LUO, J., WANG, Y. et al. Prevalence of depression and anxiety in rheumatoid arthritis patients and their associations with serum vitamin D level. **Clin Rheumatol** (2018) 37: 179. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3874-4>

RAMOS, G. C. F. et al . Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de

Janeiro , v. 64, n. 2, p. 122-131, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000200122&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>

ROCHA-BRISCHILIARI et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol.** 2014;27(1):531-38 janeiro/fevereiro, 2014

RODRIGUES, G. H. de P. et al . Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 104, n. 6, p. 443-449, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Dec. 2018. Epub Apr 14, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150034>

SCIANNI, A. A. et al. Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, 2018.

SILVA, A., DAL PRÁ, K. R. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

SILVA, M. A. da; WENDT, G. W.; ARGIMON, I. I. de L.. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 17, n. 3, p. 339-350, 2018 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300008&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 07 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, p. -, 2017

TOULEMON, L., PAILHÉ, A., ROSSIER, C. **France: High and stable fertility. Demographic Research** . 2008, 19, 503 – 556 Disponível em: <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/16/>. Acesso em: 09 Setembro, 2017

VACCARO, R et al. Subthreshold Depression and Clinically Significant Depression in an Italian Population of 70–74-Year-Olds: Prevalence and Association with Perceptions of Self. **BioMed Research International** 2017 (2017): 3592359. *PMC*. Acesso em: 08 Sept. 2017.

WAGNER, M. et al. Cognitive functioning in the general population: Factor structure and association with mental disorders—The neuropsychological test battery of the mental health module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). **International journal of methods in psychiatric research**, v. 27, n. 1, p. e1594, 2018.

WAHLIN, A. et al .Prevalence of depressive symptoms and suicidal thoughts among elderly persons in rural Bangladesh. **International Psychogeriatrics**. Volume 27, Issue 12, 1 December 2015, Pages 1999-2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Health Observatory (GHO) data. Web site. Disponível em: http://www.who.int/gho/mental_health/en/. Acesso em: 23 de Agosto, 2017

WORLD REPORT ON AGEING AND HEALTH. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015>)

YEH, Hsiang-Fen; SHAO, Jung-Hua. Depression in Community-Dwelling Elderly Patients With Heart Failure. **Archives of psychiatric nursing**, v. 32, n. 2, p. 248-255, 2018.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of psychiatric research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

YLLI, A. et al. Clinically relevant depression in old age: An international study with populations from Canada, Latin America and Eastern Europe. **Psychiatry research**, v. 241, p. 236-241, 2016.

ZHANG, Y. et al. Clinical, psychological features and quality of life of fibromyalgia patients: a cross-sectional study of Chinese sample. **Clinical rheumatology**, v. 37, n. 2, p. 527-537, 2018.

ANEXO A - RECORTE DO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter incomodado o(a) sr(a) nas duas últimas semanas.

N10. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? (Leia as opções de resposta) N010 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N11)	N11. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia? (Leia as opções de respostas) N011 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N12)	N12. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas? (Leia as opções de resposta) N012 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N13)
N13. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais? (Leia as opções de resposta) N013 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N14)	N14. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume? (Leia as opções de resposta) N014 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N15)	N15. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)? (Leia as opções de resposta) N015 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N16)
N16. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), "pra baixo" ou sem perspectiva? (Leia as opções de resposta) N016 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N17)	N17. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família? (Leia as opções de resposta) N017 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N18)	N18. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto? (Leia as opções de resposta) N018 ☐ 1. Nenhum dia ☐ 2. Menos da metade dos dias ☐ 3. Mais da metade dos dias ☐ 4. Quase todos os dias (siga N19)

C6. Sexo: C006 ☐ 1. Masculino ☐ 2. Feminino (siga C7)	C7. Data de nascimento: C00701 C00702 C00703 dia mês ano (siga C8)	C8. Idade: C008 (siga C9)	C9. Cor ou raça: (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☐ 3. Amarela C009 ☐ 4. Parda ☐ 5. Indígena (Se C008 >= 10 anos, siga C10. Se C008 < 10, passe ao C12.)
---	--	--	---

C10. _____ vive com cônjuge ou companheiro(a)? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não C010 (siga C11)	C11. Qual o estado civil de _____?(Leia as opções de resposta) ☐ 1. Casado(a) ☐ 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente ☐ 3. Divorciado(a) ☐ 4. Viúvo(a) ☐ 5. Solteiro(a) C011 (siga C12)
--	---

D1. _____ sabe ler e escrever? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não D001 (siga D2)	D2. _____ frequenta escola? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não D002 (Se D2=2, passe ao D8.)	D3. Qual é o curso que _____ frequenta? ☐ 1. Pré-escolar (maternal e jardim de infância) ☐ 2. Alfabetização de jovens e adultos ☐ 3. Regular do ensino fundamental ☐ 4. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental ☐ 5. Regular do ensino médio ☐ 6. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio ☐ 7. Superior - graduação ☐ 8. Mestrado ☐ 9. Doutorado D003 (Se D3=1, 2, 8 ou 9, passe ao D15. Se D3=3 siga D4. Se D3=4, 5 ou 6, passar ao D5. Se D3=7, passe ao D6.)
D4. A duração deste curso que _____ frequenta é de: ☐ 1. 8 anos ☐ 2. 9 anos D004 (siga D5)	D5. Este curso que _____ frequenta é seriado? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não D005 (Se D5=2, passe ao D15.)	D6. Se D3 = 3 e D4 = 2 ou Se D3 = 7: Qual é o ano que _____ frequenta? ou Para os demais casos: Qual é a série que _____ frequenta? ☐ 1. Primeira(o) ☐ 2. Segunda(o) ☐ 3. Terceira(o) ☐ 4. Quarta(o) ☐ 5. Quinta(o) ☐ 6. Sexta(o) ☐ 7. Sétima(o) ☐ 8. Oitava(o) ☐ 9. Nona(o) D006 (Se D3 = 7, siga para D7. Caso contrário, passe ao D15.)
D7. _____ já concluiu algum outro curso superior de graduação? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não D007 (Se D7 = 1, passe ao D13) (Se D7 = 2, passe ao D15)	D8. Anteriormente _____ frequentou escola? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não D008 (Se D8=2, passe ao D15.)	D9. Qual foi o curso mais elevado que _____ frequentou anteriormente? ☐ 1. Classe de alfabetização – CA ☐ 2. Alfabetização de jovens e adultos ☐ 3. Antigo primário (elementar) ☐ 4. Antigo ginásio (médio 1º ciclo) ☐ 5. Regular do ensino fundamental ou do 1º grau ☐ 6. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental ☐ 7. Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo) ☐ 8. Regular do ensino médio ou do 2º grau ☐ 9. Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio ☐ 10. Superior - graduação ☐ 11. Mestrado ☐ 12. Doutorado D009 (Se D9=1, 2, 11 ou 12, passe ao D14.) (Se D9=3 ou 10, passe ao D12.) (Se D9=4, 6, 7, 8 ou 9, passe ao D11.) (Se D9=5, siga D10.)

Módulo N. Percepção do estado de saúde

As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.

N1. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?(Leia as opções de resposta) ☐ 1. Muito boa ☐ 2. Boa ☐ 3. Regular ☐ 4. Ruim ☐ 5. Muito ruim N001 (siga N2)

Agora vou lhe perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

P27. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica? (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Não bebo nunca ☐ 2. Menos de uma vez por mês ☐ 3. Uma vez ou mais por mês P027 (Se P27 = 1 ou 2, passe ao P34. Se P27 = 3, siga P28.)	P28. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? ☐ 0. Nunca ou menos de uma vez por semana ☐ 1. Dias P028 (siga P29)
P29. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) ☐ 1. Dose ☐ 2. Doses P029 (Se O1 = 2 e O2 = 2, passe ao P31. Caso contrário, siga P30.)	P30. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica, o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber? ☐ 1. Sim ☐ 2. Não P030 (siga P31)

Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.

P34. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia) ☐ 1. Sim P034 ☐ 2. Não (Se P34 = 2, passe ao P38. Se P34 = 1, siga ao P35.)	P35. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? P035 Dias ☐ 0. Nunca ou menos de uma vez por semana (Se P35=0, passe ao P38. Se P35>0, siga P36.)
--	--

Agora vou lhe perguntar sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali) e narguilê (ou cachimbos d'água). Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.

P50. Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco? (Leia as opções de resposta) P050 ☐ 1. Sim, diariamente ☐ 2. Sim, menos que diariamente ☐ 3. Não fumo atualmente (Se P50 = 1, passe ao P53. Se P50 = 2, siga P51. Se P50 = 3, passe ao P52.)	P51. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco diariamente? P051 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se P51 = 1, passe ao P53. Se P51 = 2, passe ao P54.)	P52. E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco? (Leia as opções de resposta) P052 ☐ 1. Sim, diariamente ☐ 2. Sim, menos que diariamente ☐ 3. Não, nunca fumei ((Se P52 = 1, siga P53. Se P52 = 2, passe ao P58. Se P52 = 3, passe ao P67.)	P53. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar cigarro diariamente? P053 Anos (Se P52 = 1, passe ao P58. Caso contrário, siga P54.)
---	--	--	--

Módulo Q. Doenças crônicas

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

Q1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida? (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Há menos de 6 meses Q001 ☐ 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos ☐ 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano ☐ 5. 3 anos ou mais ☐ 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos ☐ 6. Nunca (Se Q1=1 a 5, siga Q2. Se Q1=6, passe ao Q29.)	Q2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? ☐ 1. Sim Q002 ☐ 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres) ☐ 3. Não (Se Q2=1, siga Q3. Se Q2=2 ou 3, passe ao Q29.)	Q3. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? Q003 Anos ☐ 0. Menos de 1 ano (siga Q4)
--	---	--

Q30. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? Q030 ☐ 1. Sim ☐ 2. Apenas durante a gravidez (só para mulheres) ☐ 3. Não (Se Q30=1, siga Q31. Se Q30=2 ou 3, passe ao Q59.)	Q31. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes? Q031 Anos ☐ 0. Menos de 1 ano (siga Q32)	Q32. O(a) sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? Q032 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não, só quando tem algum problema ☐ 3. Nunca vai (Se Q32=1, passe ao Q34. Se Q32=2 ou 3, siga Q33.)
--	---	--

Q62. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto? (Leia as opções de resposta) a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais) Q06201 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q62b) b. Manter o peso adequado Q06202 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q62c) c. Prática de atividade física Q06203 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q62d) d. Tomar medicamentos Q06204 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q62e) e. Não fumar Q06205 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q62f) f. Fazer acompanhamento regular Q06206 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q63)	Q63. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? (Leia as opções de resposta) Q063 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se Q63= 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga para os itens abaixo.) a. Infarto Q06301 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q63b) b. Angina Q06302 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q63c) c. Insuficiência cardíaca Q06303 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q63d) d. Outra (Especifique: Q06304) Q06305 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se todas = 2, passe ao Q68. Caso contrário, siga Q64.)
---	---

Q66. O(A) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia? Q066 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (siga Q67)	Q67. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? Q067 (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Não limita ☐ 3. Moderadamente ☐ 5. Muito intensamente ☐ 2. Um pouco ☐ 4. Intensamente (siga Q68)	Q68. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame? Q068 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se Q68=2, passe ao Q74. Se Q68=1, siga Q69.)
Q78. Em geral, em que grau a asma limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? Q078 (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Não limita ☐ 4. Intensamente ☐ 2. Um pouco ☐ 5. Muito intensamente ☐ 3. Moderadamente (siga Q79)	Q79. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo? Q079 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se Q79=1, siga Q80. Se Q79=2, passe ao Q84.)	Q80. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite ou reumatismo? Q080 0. Menos de 1 ano Anos (siga Q81)
Q91. Em geral, em que grau o DORT limita as suas atividades habituais (<i>tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.</i>)? Q091 (Leia as opções de resposta) ☐ 1. Não limita ☐ 4. Intensamente ☐ 2. Um pouco ☐ 5. Muito intensamente ☐ 3. Moderadamente (siga Q92)	Q92. Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? Q092 ☐ 1. Sim ☐ 2. Não (Se Q92=1, siga Q93. Se Q92=2, passe ao Q110.)	Q93. Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão? Q093 0. Menos de 1 ano Anos (siga Q94)