



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MATTEUS PIO GIANOTTI PEREIRA CRUZ SILVA

**PREVALÊNCIA, USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO EM IDOSOS NO BRASIL**

CUITÉ  
2023

MATTEUS PIO GIANOTTI PEREIRA CRUZ SILVA

**PREVALÊNCIA, USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO EM IDOSOS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo

CUITÉ  
2023

S586p Silva, Matteus Pio Gianotti Pereira Cruz.

Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em idosos no Brasil. / Matteus Pio Gianotti Pereira Cruz Silva. - Cuité, 2023.  
29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo."

Referências.

1. Depressão. 2. Depressão - idosos. 3. Saúde mental. 4. Estudo transversal. 5. Regressão logística. 6. Serviço de saúde - idosos - depressão. I. Figueiredo, Danielle Samara Tavares de Oliveira. II. Título.

CDU 616.895.4(043)

MATTEUS PIO GIANOTTI PEREIRA CRUZ SILVA

**PREVALÊNCIA, USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO EM IDOSOS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo discente Matheus Pio Gianotti Pereira Cruz Silva, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (*campus Cuité*), tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo**  
Orientadora – UFCG

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Fabiana Lucena Rocha**  
Membro examinadora – UFCG

---

**Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Membro examinador – UFCG

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelo cuidado e proteção em todos meus caminhos que trilhei e estradas que percorri. A minha família e a todos que me antecederam, por toda luta travada e sacrifício.

À minha mãe, Divoene Pereira, por seu meu exemplo de conquista e vitória, de profissional, por todo tempo dedicado e esforço realizado para que eu conseguisse realizar meus sonhos. Hoje finalizo o meu primeiro passo na vida acadêmica, seguindo seus passos para as novas conquistas. Agradeço por todo carinho, todo amor.

Ao meu pai, Manoel Junior, por todo afeto e carinho, por me apoiar e incentivar a concluir meu ensino superior. Agradeço pelo pai que sempre foi, pelo amigo e companheiro nessa jornada que é a vida.

À minha irmã, Manoela Jaciara, por todo carinho e companheirismo em nossas vidas. Por ter me presenteado com meu sobrinho, Davi, grande motivo de novas lutas e sonhos para nossa família.

Agradeço aos meus avós maternos, Pedro Paulino Cruz e Maria das Graças Pereira, por me apoiarem em minhas escolhas, e auxiliarem na minha manutenção longe de casa. Obrigado vó, pela confiança e longas conversas sempre que eu voltava para minha cidade. Obrigado vó, por todo carinho e apreço pelos estudos.

Aos meus avós paternos, Manoel Maria e Cícera, por todo abraço apertado e por acreditarem na minha capacidade de conseguir as coisas. Pelas bênçãos em cada viagem que fazia, e por sempre estarem presentes em minha vida. Vó, as longas viagens e os poucos momentos em casa fizeram parte desses anos, mas saiba que voltar para casa sempre foi um motivo de grande alegria.

À minha namorada, amiga e companheira, Allana Petrucia, obrigado por sempre me apoiar e sempre ver aquilo que eu não enxergava em mim. Agradeço também pelas cobranças e puxões de orelha para que eu voltasse ao foco do que é importante, por ser meu ombro amigo, compartilhar meus sonhos e compartilhar minha vida com você. Que o nosso futuro seja abençoado e cheio de felicidade.

Ao meu grupo, os quais se tornaram minha família durante essa trajetória, Maria Clara, Anne, Quezia, Jayana, Carolina Dias, Mirelly e Felipe. Obrigado por compartilharem momentos tristes, felizes e todo o caminho percorrido, por cada gargalhado, cada cafézinho seguidos de comentários – quase que jornalísticos – sobre nossas vidas e a graduação, pelas noites de estudos, vivemos muitas coisas as quais não caberia aqui comentar.

À Isadora Carvalho, Ivanaldo e Jaqueline, por me adotarem nesses 4 anos. Sorte a minha conhecê-los e tê-los em minha vida. Obrigado por tudo, pelo carinho, amizade e certeza de que não estava sozinho nessa cidade. Ivanaldo, obrigado pelas histórias contadas, cada risada dada e pela leveza que é conviver na sua presença. Jaqueline, obrigado pelo carinho de família, por sempre se preocupar e perguntar como eu estava e como estavam indo as coisas, por cada café seguido de um bolo (sem açúcar) incrível. Isa, obrigado por cada risada, carinho e amizade que construímos, mesmo que esteja longe saiba que meu carinho por você sempre será o mesmo.

Aos meus vizinhos e agregados, o qual agradeço em nome de Wesley, Iago, Isa e Gabryel, por fazerem meus últimos meses em cuité um evento, pelas risadas, café da tarde, pela amizade e por agregarem na minha rotina. A amizade de vocês sempre será especial para mim, se cuidem e tenham juízo!

À Danielle Samara, por ter me dado a oportunidade de adentrar à pesquisa, por meio do programa de Iniciação Científica. Obrigado por ter confiado em meu trabalho no desenvolvimento de duas pesquisas e, por ter aceitado me orientar em mais um passo na graduação. Obrigado por ter sido uma referência para mim durante o todo o curso.

À banca examinadora, Matheus Nogueira e Fabiana Lucena, por aceitarem meu convite e serem grandes colaboradores no conhecimento adquirido até o presente momento.

A equipe do Ezequias Venâncio, o qual agradeço em nome de Renata, Joselane e Lavínia, por agregarem na minha formação acadêmica, conversas e planejamentos de concursos e rotina de estudos.

**“A vida acontece no caminho, não só no fim”**

**Jout Jout**

## RESUMO

A depressão é uma das condições de saúde mental mais frequentes na população global, acometendo 3,8% da população mundial, e, aproximadamente, um terço da população mundial de pessoas idosas possui a doença. **Objetivos:** estimar a prevalência de depressão na população de idosos do Brasil e os fatores associados, e descrever características do uso de serviços de saúde e tratamentos de saúde dispensados aos idosos com depressão. **Método:** Estudo transversal, analítico, com dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, com a amostra de 22.728 pessoas idosas selecionadas por amostragem aleatória simples em todo território nacional no período entre agosto de 2019 a março de 2020. O desfecho foi o autorrelato do diagnóstico de depressão dado por médico ou outro profissional de saúde mental, e as exposições foram as variáveis sociodemográficas, um escore de rede social. Foram realizadas análises descritivas das exposições e do desfecho. Foram empregadas análises descritivas e analíticas. Para avaliar a associação entre as exposições com a depressão foi empregado uma etapa bivariada por meio do teste de qui-quadrado, e análises múltiplas por meio de regressão logística. A medida de associação empregada foi a *Odds Ratio* (OR). **Resultados:** A prevalência de depressão foi de 11,8% (IC<sub>95%</sub>: 11,1-12,57), sendo maior nas pessoas do sexo feminino (15,9%, IC<sub>95%</sub>: 14,9-16,9; p= < 0,0001), nas faixas etárias de 60 a 69 anos (13,2%, IC<sub>95%</sub>: 12,0-14,1; p=0,0001) e 70 a 79 anos (10,6%, IC<sub>95%</sub>: 9,5-11,8; p= 0,0008), entre as de cor de pele branca (14,0%, IC<sub>95%</sub>: 13,0-15,1; p= <0,0001), naquelas que viviam sem companheiro (13,3%, IC<sub>95%</sub>: 12,3-14,3; p= < 0,0001), entre as pessoas com maior quantidade de anos estudados, entre 12 anos ou mais (14,3% IC<sub>95%</sub>:12,1-16,7; p=0,0040), entre os que fazem parte da “Classe socioeconômica A” (14,6%, IC<sub>95%</sub>: 9,2-22,5; p= 0,0091), entre moradores de zona urbana (12,5%, IC<sub>95%</sub>: 11,7-13,2; p=<0,0001) e da Região Sul (17,1%, IC<sub>95%</sub>: 15,5-18,9 p= <0,0001) e nas pessoas idosas com multimorbidade (13,7%, IC<sub>95%</sub>: 12,8-14,6; p=<0,0001). Quanto ao tratamento, observou-se que 71,6% (IC<sub>95%</sub>: 67,9-75,0) da população com depressão faz tratamento medicamentoso. Há maior chance de depressão entre idosas (OR= 2,46; IC<sub>95%</sub>: 2,06-2,94), de 60 a 69 anos (OR= 1,67; IC<sub>95%</sub>: 1,31-2,14); de cor de pele branca (OR= 2,95; IC<sub>95%</sub>: 1,62-5,39), moradores da região Sul (OR= 3,01; IC<sub>95%</sub>: 2,27-4,00) e com multimorbidade (OR= 1,79; IC<sub>95%</sub>: 1,49-2,14). **Conclusão:** Mulheres, faixa de idosos jovens(60 a 69 anos), pessoas de cor de pele branca, moradoras da região Sul, e que tenham a presença de multimorbidade foram associados a maiores chances de transtorno depressivo. Tais achados, podem agregar a elaboração de políticas públicas para criação e desenvolvimento de estratégias para combate e prevenção da doença na população idosa. Os resultados fomentam a mudanças no tratamento da doença, por meio do incentivo a adoção de medidas não farmacológicas, tais como uso de práticas integrativas e complementares, atividades físicas, e mudanças em variáveis de estilo de vida e atividades sociais, as quais podem gerar impactos na saúde mental e desencadear à depressão nessa população.

**Palavras-chave:** Idoso; Depressão; Epidemiologia.

## ABSTRACT

Depression is one of the most common mental health conditions in the global population, affecting 3.8% of the world's population, and it is estimated that approximately one third of the world's older adults population has the disease. **Objectives:** to estimate the prevalence of depression in the older adults population in Brazil and associated factors, and to describe characteristics of the use of health services and health treatments provided to older adults with depression. **Method:** Cross-sectional, analytical study, with secondary data from the 2019 National Health Survey (PNS), with a sample of 22,728 older adults selected by simple random sampling throughout the country in the period between August 2019 and March 2020. The outcome was the self-report of a diagnosis of depression given by a doctor or other mental health professional, and the exposures were sociodemographic variables, a social network score, socioeconomic variables. Descriptive analyzes of exposures and outcome were performed. Descriptive and analytical analyzes were used. To evaluate the association between exposures and depression, a bivariate step was used using the chi-square test, and multiple analyzes were used using logistic regression. The association measure used was the Odds Ratio (OR). **Results:** The prevalence of depression was 11.8% (95% CI: 11.1-12.57), with higher rates in females (15.9%, 95% CI: 14.9-16.9;  $p < 0.0001$ ), in the age groups of 60 to 69 years (13.2%, 95% CI: 12.0-14.1;  $p = 0.0001$ ) and 70 to 79 years (10.6%, 95% CI: 9.5-11.8;  $p = 0.0008$ ), among individuals of white ethnicity (14.0%, 95% CI: 13.0-15.1;  $p < 0.0001$ ), those living without a partner (13.3%, 95% CI: 12.3-14.3;  $p < 0.0001$ ), among people with higher education, 12 years or more (14.3% 95% CI: 12.1-16.7;  $p = 0.0040$ ), among those belonging to "Socioeconomic Class A" (14.6%, 95% CI: 9.2-22.5;  $p = 0.0091$ ), among urban residents (12.5%, 95% CI: 11.7-13.2;  $p < 0.0001$ ) and in the Southern region (17.1%, 95% CI: 15.5-18.9,  $p < 0.0001$ ), and in older individuals with multimorbidity (13.7%, 95% CI: 12.8-14.6;  $p < 0.0001$ ). As for treatment, it was observed that 71.6% (95% CI: 67.9-75.0) of the population with depression receives medication treatment. There is a higher likelihood of depression among elderly individuals (OR=2.46; 95% CI: 2.06-2.94), those aged 60 to 69 years (OR=1.67; 95% CI: 1.31-2.14); individuals of white ethnicity (OR=2.95; 95% CI: 1.62-5.39), residents of the Southern region (OR=3.01; 95% CI: 2.27-4.00), and those with multimorbidity (OR=1.79; 95% CI: 1.49-2.14). **Conclusion:** Women, younger age groups (70 to 79 years), people with white skin color, residents of the South region, and those with multimorbidity were associated with greater chances of depressive disorder. Such findings can contribute to the development of public policies to create and develop strategies to combat and prevent the disease in the older adults population. The results encourage changes in the treatment of the disease, by encouraging the adoption of non-pharmacological measures and changes in lifestyle variables and social activities, which can impact mental health and trigger depression in this population.

**Keywords:** Elderly; Depression; Epidemiology.

## SUMÁRIO

1.Introdução.....	10
2. Método.....	12
3 Resultados .....	16
4 Discussão .....	21
5 Conclusão .....	25
Referências.....	26

## 1. Introdução

O conhecimento dos transtornos mentais e comportamentais como agentes que impactam na morbimortalidade da população global gerou a inclusão de temas relacionados à saúde mental e qualidade de vida entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015). O estudo *Global Burden of Disease* (GBD), em 2019, estimou que um bilhão de pessoas sofriam com transtornos mentais. Nesse contexto, a depressão é uma das condições de saúde mental mais frequentes na população global, acometendo, aproximadamente, 270 milhões de pessoas ou 3,8% da população mundial, enquanto, um terço da população mundial de pessoas idosas está acometida pelo transtorno depressivo (Hong et al., 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que, aproximadamente, 15% da população com 60 anos ou mais está acometida com algum tipo de transtorno mental, sendo a depressão prevalente em 7% da população idosa mundial (WHO, 2023). No Brasil, a prevalência de transtornos depressivos na população em geral foi de aproximadamente 5,87% (IC95%: 5,01-6,77), em 2019 (IHME, 2019).

A depressão pode ser definida como um transtorno de humor crônico caracterizado por tristeza profunda, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como, a distúrbios do sono e do apetite (OMS, 2022). Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a depressão é um transtorno sério, que interfere diretamente na vida diária do indivíduo, sendo uma patologia incapacitante (OPAS, 2022).

A doença é resultante de uma complexa relação entre fatores sociais, psicológicos e biológicos (WHO, 2023). Além disso, predisposições genéticas se tornam um dos fatores significativos para o desenvolvimento da depressão, e, na população de pessoas idosas, destaca-se a perda de autonomia e o agravamento de patologias preexistentes, além de fatores sociais, baixa capacidade funcional, déficit do autocuidado e ausência de relações sociais (WHO, 2016; Nóbrega et al., 2015).

Assim sendo, na pessoa idosa, o aparecimento e agravamento do quadro depressivo pode estar associado a ausência ou dificuldade de manutenção das relações interpessoais. Estudos apontam a importância de fortes relações sociais na promoção da saúde sendo ela um fator determinante na funcionalidade da pessoa idosa, e um importante determinante de melhores condições para a saúde do indivíduo (Oliveira-Figueiredo, 2021).

A depressão é referida como uma das principais causas de incapacidade no mundo e, está associada ao suicídio e outras doenças crônicas (IHME, 2019). Os transtornos mentais e neurológicos na população idosa representam 6,6% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) para esse grupo da população (IHME, 2019).

Em projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), há apontamentos de que por volta do ano 2050 a população idosa brasileira será em torno de 66 milhões, tornando-se maior do que a população de jovens que relatam sintomas depressivos (IBGE, 2020). Convém salientar que a depressão é uma condição clínica que está frequentemente associada à multimorbidade, a qual pode vir gerar incapacidades de desempenhar atividades de vida diária, gerando uma maior dependência de terceiros, e desta forma, aumentando o risco de suicídio na população alvo deste estudo (Valiengo, 2016).

Quanto ao aumento do uso de serviço de saúde por pessoas idosas com depressão, em estudo internacional, apontou que a população idosa com sintomas depressivos leves a moderados apresentou um maior consumo do serviço de saúde, e por conseguinte, um maior gasto financeiro destinado ao cuidado e tratamento de tais condições (Lu et al., 2021). Pesquisas internacionais sugerem uma relação significativa entre aumento dos custos médicos para o cuidado em saúde e a depressão em pessoas idosas (Chervu, 2019). Por outro lado, no Brasil, pesquisas prévias sobre a prevalência de depressão, tratamento e uso de serviços de saúde pelos idosos com essa doença, muitas vezes são restritas à municípios ou regiões (Barros, 2022).

Além disso, a depressão ainda é, muitas vezes, despercebida por profissionais de saúde na população em questão. Diante disso, se faz necessário a produção de estudos sobre a depressão e os fatores associados ao surgimento desta condição de saúde, especificamente em pessoas idosas, utilizando uma amostra representativa da população brasileira.

Assim, a partir dos resultados deste estudo, será possível conhecer a magnitude da população idosa acometida por esse desfecho no cenário nacional, e desta forma, conhecer como a população idosa utiliza os serviços de saúde e à rede de atenção em saúde, suas características de consumo do serviço e de tratamento. Ademais, será possível conhecer fatores modificáveis que possam se relacionar a depressão nessa população. Essas informações são úteis para o desenvolvimento de políticas públicas, manutenção das já existentes e para instituir ações para melhorias no cuidado, tratamento e no acesso aos serviços por parte dessa população.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo são estimar a prevalência de depressão na população de idosos do Brasil e os fatores associados; e descrever características do uso de serviços de saúde e tratamentos de saúde dispensados aos idosos com depressão.

## **2. Método**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Estudo transversal, analítico, com dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. Os microdados da PNS são disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): <http://www.ibge.gov.br>. A PNS é um inquérito domiciliar cujos dados são representativos de toda a população residente em domicílios particulares de todo o território nacional e objetivou de uma forma geral subsidiar dados sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira (PNS, 2019).

### **2.2 População e Amostra**

O plano amostral da PNS foi organizado por conglomerados em três estágios. Os Setores Censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem (UPAS), sendo um total de 8.036 (PNS, 2019). Dentro de cada UPA foram selecionados por amostragem aleatória, um número fixo de domicílios particulares permanentes (15 domicílios/UPA ou 18 domicílios/ UPA, a depender do estado brasileiro. Foram selecionados 108.457 domicílios em todo Brasil, sendo que foi possível realizar 94.114 entrevistas domiciliares. Em cada domicílio, um morador de 15 anos ou mais de idade foi selecionado por meio de amostragem aleatória simples para responder a um questionário específico. Ao todo foi possível realizar 90.846 entrevistas individuais com o morador selecionado (PNS, 2019).

Foram excluídos da PNS, os domicílios que se localizavam em setores censitários com populações pequenas, por exemplo, áreas indígenas, quartéis, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, bases militares, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, conventos, hospitais, etc (PNS, 2019).

A população utilizada neste estudo foi de 90.846 pessoas que responderam a entrevista individual, no terceiro estágio da PNS. Foram incluídos como amostra, aqueles que se caracterizavam como idosos (pessoas com 60 anos ou mais) de todos os estados brasileiros. Sendo excluídos adultos e adolescentes. Para a análise da prevalência de depressão em pessoas idosas a amostra foi composta por 22.728 idosos selecionados em todo território nacional. Para

analisar o uso e os tratamentos dispensados pela rede de atenção à saúde (RAS), a amostra utilizada foi de 2.366 pessoas idosas que apresentaram diagnóstico autorreferido de depressão.

### **2.3 Coleta de dados e procedimentos para a coleta**

A PNS utilizou um questionário amplo, formado por módulos, construído por técnicos do Ministério da Saúde, o qual foi submetido a um teste-piloto e possui 3 partes: domiciliar, questionário para todos os moradores do domicílio e questionário do morador selecionado (PNS, 2019).

Para esta pesquisa foram utilizados os dados dos seguintes módulos: módulo A (características do domicílio); Módulo C (Características dos moradores); Módulo E (Características da educação dos moradores); Módulo K – (Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais - incapacidade); Módulo Q (doenças crônicas - depressão).

A coleta foi realizada entre agosto de 2019 a março de 2020, por técnicos do IBGE e com auxílio de dispositivo móvel. No momento anterior a coleta, o agente explicou os objetivos da pesquisa, procedimento de coleta e importância da participação do morador. Maiores detalhes do método da PNS 2019 podem ser consultados no artigo de Stopa et al. (2020).

### **2.4 Variáveis do estudo**

A variável dependente foi a depressão. Essa variável foi construída a partir da seguinte questão: Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão? É considerado como tendo a condição depressiva o idoso que relatou que sim, recebeu o diagnóstico para depressão. Logo, essa variável foi categorizada como: 0 – Não recebeu diagnóstico para depressão, e 1 – Sim, recebeu diagnóstico para depressão.

As variáveis independentes foram as características sociodemográficas: Sexo, 0- Masculino e 1-Feminino; Faixa etária, 0 - 60 a 69 anos, 1 -70 a 79 anos e 2 - 80 anos ou mais; Nível de escolaridade, que foi codificada como 0 - para 12 anos ou mais, 1- 9 a 11 anos e 2-0 a 8 anos de estudo; Cor de pele autorreferida, 0 – Branca, 1 – Preta, 2 – Parda e 3 – Amarela ou Indígena; Estado civil, 0 – Com companheiro e 1 – Sem companheiro; Região de Moradia, 0 – Sul, 1 – Sudeste, 2 Centro-Oeste, 3 – Norte e 4 – Nordeste; Zona de moradia, 0 – Urbana e 1 – Rural; Classe socioeconômica, 0 – A, 1 – B e 2 – C, D e E;

Além disso, foi utilizado também, um escore de rede social. Para construção dessa variável foram utilizadas as questões da PNS: com quantos amigos o(a) Sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes). Com quantos familiares ou parentes o(a) Sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? Essas duas variáveis foram categorizadas em: 1 - um ou mais amigos ou familiares; 0- nenhum amigo ou nenhum familiar.

Também foi utilizada no escore, a variável “mora com cônjuge ou companheiro(a)”, cujas opções de respostas foram 1 - sim ou 0 – não; nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) participou de reuniões de grupos como associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/comunitários, centros acadêmicos ou similares? Onde foram divididos em 3 – Mais de uma vez por semana/ uma vez por semana, 2– 2 a 3 vezes por mês, 1 – Alguma vez no ano/Uma vez no ano e 0 – Nenhuma vez; nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) fez trabalho voluntário não remunerado? Onde foram divididos em 3 – Mais de uma vez por semana/ uma vez por semana, 2 – 2 a 3 vezes por mês, 1 – Alguma vez no ano/Uma vez no ano e 0 – Nenhuma vez; nos últimos doze meses, com que frequência o(a) Sr(a) compareceu a atividades coletivas da sua religião ou de outra religião? (Sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)? Onde foram divididos em 3 – Mais de uma vez por semana/ uma vez por semana, 2– 2 a 3 vezes por mês, 1 – Alguma vez no ano/Uma vez no ano; 0- Nenhuma vez.

O escore de rede social foi construído com a soma de componentes da rede social, sendo que, quando maior o escore, maior a rede social e participação social. O escore variou de 0 a 11 pontos. Após isso, a somatória foi distribuída em quartis. As pessoas idosas que estavam no 1º e 2º quartis foram consideradas com menor rede, já aquelas que ficaram no 3º e 4º quartis foram consideradas com maior rede social.

Conforme aponta o modelo teórico de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, as variáveis de rede social interferem diretamente as perspectivas do quadro depressivo em idosos ou estilo de vida, tendo em vista que sofrem influência baseados em contatos de rede social (Gören, Dahlgren, Whitehead, 1991).

Para avaliação do uso de serviços de saúde nos idosos com depressão, foram utilizadas as seguintes perguntas: O(a) Sr (a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão ou só quando tem algum problema? Codificada em: 0 – Sim, 1 – Não, só quando tem algum problema e 2 – Nunca vai; qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão? 0 – Não estou mais deprimido, 1 – O

serviço de saúde é distante ou tem dificuldades de transporte, 2 – Não tem ânimo, 3 – O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande, 4 – Tem dificuldades financeiras, 5 – O horário do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho doméstico, 6 – Não conseguiu marcar consulta pelo plano de saúde, 7 – Não sabe quem procurar ou aonde ir e 8 – Outros.

Como variáveis de tratamento para depressão, foram utilizados os itens: Por causa da depressão faz psicoterapia, 1 – para sim e 2 para não, Por causa da depressão Toma medicamentos, 1 – para sim e 2 – para não e “Por causa da depressão faz uso de acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, tai chi chuan, liang gong ou alguma outra prática integrativa e complementar” sendo, 1 – Sim e 2 – Não.

## **2.5 Análise dos dados**

Foram realizadas análises descritivas das exposições e dos desfechos. Foram empregadas medidas de frequência absoluta e relativa com respectivos Intervalos de 95% de Confiança (IC95%). Para a análise descritiva do desfecho também foi realizada uma análise estratificada por características sociodemográficas. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes com a depressão foi empregado uma etapa bivariada por meio do teste de qui-quadrado, para verificar possíveis associações nas distribuições das proporções.

Na análise múltipla, foi utilizado o método *Stepwise* por meio do critério *Forward*, no qual todas as variáveis selecionadas na etapa bivariada foram inseridas uma a uma no modelo. Esse procedimento permitiu observar mudanças nas magnitudes das razões de chances e testar as possíveis interações após introdução de cada variável individualmente. A introdução das variáveis começou pelo desfecho, e após foram introduzidas as exposições de interesse, uma por vez. As variáveis que permaneceram associadas com um nível de significância menor que 5% conforme o teste de Wald, fizeram parte dos modelos ajustados.

Na análise não ajustada, utilizou-se uma variável de exposição e o desfecho para observar o efeito bruto da exposição sobre a depressão, por meio da medida de associação *Odds ratio* (OR) não ajustada. Estiveram aptas a essa etapa as variáveis que apresentaram um valor  $p < 0,20$  no teste de qui-quadrado.

Além do valor de probabilidade do teste de Wald, para análise das variáveis associadas a depressão, nos modelos múltiplos, também foi utilizado o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) como teste de hipótese. Quando o IC de 95% da OR ajustada, passou por 1,00,

considerou-se que a variável de exposição não estava associada com o desfecho. Para conferir o ajuste dos modelos individuais finais foi utilizado o teste de Wald para o módulo svy.

Nas análises descritivas, bivariadas e múltiplas, foram utilizados os pesos amostrais para calibração do desenho amostral complexo. As análises foram realizadas com o uso programa estatístico *Statistical Software for Professional* (STATA), versão 16.

## 2.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa utilizou dados secundários, não sendo possível a identificação dos participantes por meio da manipulação dos dados. Dessa forma, atende aos requisitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que garante a confidencialidade e o anonimato aos participantes. A PNS recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de protocolo 328.159 e CAAE:10853812.7.0000.0008

## 3 Resultados

Nesta pesquisa, observamos predomínio de mulheres (55,5%, IC95%:54,5-56,5), em sua maioria, na faixa etária de 60 a 69 anos (54,8%, IC95%: 53,8-55,8), com cor de pele autorreferida branca (51,3%, IC95%: 50,2-52,4), e grande maioria, com baixa escolaridade - 0 a 8 anos (70,4%, IC95%: 69,2-71,5). Quanto a zona de moradia, a maioria residia em área urbana (85,5%, IC95%: 84,8-86,1) e, na região Sudeste do país (46,4%, IC95%: 45,3-47,6) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica. Estados brasileiros, Brasil, 2019.

Característica Sociodemográfica	n <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>	IC (95%) <sup>c</sup>
<b>Sexo</b>			
Masculino	10.193	44,5	43,5-45,5
Feminino	12.535	55,5	54,5-56,5
<b>Faixa etária</b>			
60 a 69 anos	12.555	54,8	53,8-55,8
70 a 79 anos	7.157	31,1	30,2-32,0
80 ou mais	3.016	14,1	13,3-14,8
<b>Cor de Pele**</b>			
Branca	9.901	51,3	50,2-52,4
Preta	2.455	10,2	9,6-10,8
Parda	10.001	36,7	35,7-37,7
Amarela ou Indígena	369	1,8	1,5-2,1
<b>Estado civil</b>			
Com companheiro	9.946	43,3	42,3-44,3

Sem companheiro	12.782	56,7	55,7-57,8
<b>Escolaridade</b>			
12 anos ou mais	2.701	13,1	12,2-13,9
9 a 11 anos	3.616	16,5	15,7-17,4
0 a 8 anos	16.414	70,4	69,2-71,5
<b>Classe Social*</b>			
A	240	1,5	1,1-2,0
B	2.810	13,8	12,9-14,7
C, D e E	19.675	84,7	83,5-85,7
<b>Zona de moradia</b>			
Urbano	17.313	85,5	84,8-86,1
Rural	5.415	14,5	13,9-15,2
<b>Região</b>			
Sudeste	5.825	46,4	45,3-47,6
Sul	3.307	15,7	15,0-16,4
Centro-Oeste	2.373	6,4	6,0-6,8
Norte	3.487	6,1	5,7-6,4
Nordeste	7.736	25,4	24,5-26,2
<b>Total</b>	<b>22.728</b>	<b>100</b>	

**Fonte:** Pesquisa Nacional de Saúde, PNS, 2019. **Nota:** <sup>a</sup> Número amostral; <sup>b</sup> Estimativa populacional, considerando os pesos do plano amostral complexo; <sup>c</sup> Intervalo de 95% de Confiança;

A prevalência de depressão na população idosa foi de 11,8% (IC<sub>95%</sub>: 11,1-12,5), sendo maior entre pessoas idosas do sexo feminino (15,9%, IC<sub>95%</sub>: 14,9-16,9;  $p < 0,0001$ ), nas faixas etárias de 60 a 69 anos (13,2%, IC<sub>95%</sub>: 12,0-14,1;  $p=0,0005$ ) e 70 a 79 anos (10,6%, IC<sub>95%</sub>: 9,5-11,8;  $p= 0,0005$ ), de cor de pele autorreferida branca (14,0%, IC<sub>95%</sub>: 13,0-15,1;  $p < 0,0001$ ), naquelas que viviam sem companheiro (13,3%, IC<sub>95%</sub>: 12,3-14,3;  $p= 0,0001$ ), e, entre as pessoas idosas com maior quantidade de anos estudados, entre 12 anos ou mais (14,3% IC<sub>95%</sub>:12,1-16,7;  $p?$ ) e entre 9 a 11 anos (13,2%, IC<sub>95%</sub>: 11,6-14,9;  $p=0,0823$ ).

A prevalência de depressão foi maior entre pessoas idosas que fazem parte da “Classe A” (14,6%, IC<sub>95%</sub>: 9,2-22,5;  $p= 0,0091$ ), em relação as classes de menor poder aquisitivo, com diferenças estatisticamente significativas. Além disso, os moradores da zona urbana (12,5%, IC<sub>95%</sub>: 11,7-13,3;  $p=<0,0001$ ) e da Região Sul (17,1%, IC<sub>95%</sub>: 15,5-18,9  $p= <0,0001$ ) tiveram maiores prevalências de depressão. Do mesmo modo, pessoas idosas com multimorbidade (13,7%, IC<sub>95%</sub>: 12,8-14,6;  $p<0,0001$ ) tiveram maiores prevalências do desfecho neste estudo, com diferenças estatisticamente significativas. Observou-se também maiores prevalências de depressão entre os idosos nos menores quartis de rede social (12,2% IC<sub>95%</sub>:11,1-13,5;  $p=0,3112$ ), porém sem diferenças significativas.

**Tabela 2** – Associação bivariada das características sociodemográficas, multimorbidade e escore de rede social com depressão em idosos, Estados brasileiros, Brasil, 2019.

Variáveis	Depressão				p-valor <sup>c</sup>
	n <sup>a</sup>	Sim %a IC (95%) <sup>b</sup>	n <sup>a</sup>	Não %a IC (95%) <sup>b</sup>	
<b>Total</b>	2.366	11,8% (11,1-12,5)	20.342	88,2 (87,4-88,9)	
<b>Sexo</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Masculino	571	6,6 (5,8-7,5)	9.622	93,4 (92,3-94)	
Feminino	10.740	15,9 (14,9-16,9)	1.795	84,1 (83-85,3)	
<b>Faixa Etária</b>					<b>0,0005</b>
60 a 69 anos	1.417	13,2 (12,0-14,1)	11.138	86,8 (85,8-88,0)	
70 a 79 anos	705	10,6 (9,5-11,8)	6.452	89,4 (88,0-90,5)	
80 ou mais	244	9,4 (7,6-11,2)	2.772	90,6 (88,8-92,2)	
<b>Cor de pele</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Preta	177	8,9 (7,1-11,1)	2.278	91,1 (88,9-92,8)	
Branca	1.275	14,0 (13,0-15,1)	8.626	86,0 (84,9-87,0)	
Parda	886	10,0 (9,1-11,0)	9.115	90,0 (89,0-90,1)	
Amarela ou Indígena	28	6,3 (3,7-10,4)	341	93,7 (89,6-96,3)	
<b>Estado Civil</b>					<b>0,0001</b>
Com companheiro	913	10,0 (9,1-10,1)	9.033	90,0 (89,0-90,9)	
Sem companheiro	1.453	13,3 (12,3-14,3)	11.329	86,7 (85,7-87,7)	
<b>Escolaridade</b>					0,0823
12 anos ou mais	716	14,3 (12,1-16,7)	5.014	85,7 (83,3-87,9)	
9 a 11 anos	223	13,2 (11,6-14,9)	1.788	86,8 (85,1-88,4)	
0 a 8 anos	1.427	11,2 (10,4-12,1)	13.560	88,8 (87,8-89,6)	
<b>Classe Social</b>					<b>0,0091</b>
A	28	14,6 (9,2-22,5)	187	85,4 (77,5-90,8)	
B	321	14,5 (12,5-16,8)	2.061	85,5 (83,2-87,5)	
C, D e E	2.017	11,4 (10,7-12,1)	18.111	88,6 (87,9-89,3)	
<b>Zona de moradia</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Urbana	1.985	12,5 (11,7-13,3)	15.328	87,5 (86,7-88,3)	
Rural	381	8,3 (7,1-9,6)	5.034	91,7 (90,4-92,9)	
<b>Região</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Sudeste	691	12,6 (11,4-13,8)	5.134	87,4 (86,1-84,5)	
Sul	565	17,1 (15,5-18,9)	2.742	82,9 (81,1-84,5)	
Centro-Oeste	269	11,7 (10,1-13,4)	2.104	88,3 (86,6-89,9)	
Norte	220	6,1 (5,0-7,4)	3.267	93,9 (92,6-95,0)	
Nordeste	621	8,3 (7,5-9,2)	7.115	91,7 (90,7-92,5)	
<b>Multimorbidade</b>					<b>&lt;0,0001</b>
Não	420	8,0 (6,9-9,2)	6.015	92,0 (90,8-93,1)	
Sim	1.924	13,7 (12,8-14,6)	13.609	86,3 (85,4-87,2)	
<b>Escore de Rede Social</b>					0,3112
Maior rede social (3° e 4° quartis)	1.301	11,5 (11,1-12,6)	8.761	85,5 (87,5-89,4)	

Menor rede ( 1° e 2° quartis) 1.065 12,2 (11,1-13,5) 11.601 87,8 (86,5-88,9)

**Fonte:** Pesquisa Nacional de Saúde, PNS, 2019. Nota: a Número amostral; b Estimativa populacional, considerando os pesos do plano amostral complexo; c Intervalo de 95% de Confiança; c – Valor de probabilidade do teste de qui-quadrado.

Quanto ao uso de serviço de saúde por parte das pessoas idosas com depressão, foi possível visualizar que menos da metade da população acometida pela doença vai regularmente ao médico ou ao serviço de saúde (39,3%, IC95%: 36,3-42,5), tendo como principal motivo para não visitar o médico ou serviço de saúde “não está mais deprimido” (71,6%, IC95%: 67,9-75,0), seguido de incompatibilidade entre o tempo e horário da consulta (4,4%, IC95%:0,4-5,0%) e dificuldades financeiras (3,9%, IC95%: 2,5-6,1). E quanto ao tratamento para depressão, 86,9% (IC95%:84,6-88,9) não fazia psicoterapia no momento da coleta de dados (Tabela 3).

Com relação a terapia farmacológica, mais da metade das pessoas idosas com depressão, 61,8% (IC95%: 58,7-64,8) referiu adotar o tratamento farmacológico e, a grande maioria, 96,0% (IC95%: 94,4-96,7) não utilizava nenhuma prática integrativa ou complementar para o tratamento da depressão. Quando foi perguntado “Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da depressão?” uma porção significativa da população, 41,2% (IC95%: 38,1-44,4) relatou que recebeu atendimento em um período menor que 6 meses, seguidos por 36,5% (IC95%: 33,5-39,4), que afirmou ter recebido atendimento médico por causa da depressão há mais de 3 anos (Tabela 3).

**Tabela 3** - Uso dos serviços de saúde e tratamento de depressão em pessoas idosas (n = 2.366). Brasil, 2019.

Variáveis	%	IC95%
<b>O (a) Sr(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão ou só quando tem algum problema?</b>		
Sim	39,3	36,3-42,5
Não, só quando tem algum problema	31,5	28,8-34,3
Nunca vai	29,2	26,6-31,9
<b>Qual o principal motivo do(a) Sr(a) não visitar o médico / serviço de saúde regularmente por causa da depressão?</b>		
Não está mais deprimido	71,6	67,9-75,0
O serviço de saúde é distante	2,4	1,7-3,4
Não tem ânimo	0,7	5,0-8,6
Tem dificuldades financeiras	3,9	2,5-6,1
Problemas relacionado a tempo/horário	4,4	0,4-5,0
Não conseguiu marcar consulta pelo plano	0,6	0,3-1,3
Não sabe quem procurar ou aonde ir	0,5	0,2-0,9
Outros	10	7,7-12,8

**Tratamentos para depressão**

<b>Faz psicoterapia</b>		
Sim	13,1	11,1-15,4
Não	86,9	84,6-88,9
<b>Toma medicamentos</b>		
Sim	61,8	58,7-64,8
Não	38,1	35,2-41,2
<b>Prática integrativa ou complementar</b>		
Sim	4,0	3,3-5,6
Não	96,0	94,4-96,7
<b>Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da depressão?</b>		
Menos de 6 meses	41,2	38,1-44,4
6 meses a menos de 1 ano	10,1	8,4-12,1
1 ano a menos de 2 anos	6,5	5,2-8,1
de 2 anos a menos de 3 anos	4,1	3,1-5,4
3 anos ou mais	36,5	33,5-39,4
Nunca recebeu	1,6	1,1-2,3

**Fonte:** Pesquisa Nacional de Saúde, PNS, 2019.

Na análise de associação não ajustada entre fatores sociodemográficos, multimorbidade e depressão, foi possível verificar que o sexo feminino (OR= 2,64; IC95%: 2,25-3,12); pessoas idosas com 60 a 69 anos (OR= 1,47; IC95%: 1,16-1,86); de cor de pele autorreferida branca (OR= 3,16; IC95%: 1,75-5,70); sem companheiro (OR= 1,32; IC95%: 1,14-,152); com escolaridade de 12 anos ou mais (OR= 1,19; IC95%: 1,0-1,40); ser da região Sul (OR= 3,63; IC95%: 2,80-4,72), Sudeste (OR=2,29; IC95%: 1,76-2,96), Centro-Oeste (OR= 2,02; IC95%: 1,50-2,73) e Nordeste (OR= 1,43; IC95%: 1,10-1,86); ter multimorbidade (OR= 1,82; IC95%: 1,53-2,17) foram associados positivamente à ocorrência de depressão. Foi possível identificar menores chances de depressão entre pessoas idosas da zona rural (OR= 0,67; IC95%: 0,55-0,80), em comparação a residentes na zona urbana (Tabela 4).

Quando realizada análise ajustada, permaneceram associadas à depressão ser do sexo feminino (ORa= 2,46; IC95%: 2,06-2,94); faixa etária de idosos de 60 a 69 anos (ORa= 1,67; IC95%: 1,31-2,14); cor de pele branca (ORa= 2,95; IC95%: 1,62-5,39); ser das regiões Sul (ORa= 3,01; IC95%: 2,27-4,00), Sudeste (ORa=1,94; IC95%: 1,48-2,55), Centro-Oeste (ORa= 1,76; IC95%: 1,28-1,41) e Nordeste (ORa= 1,37; IC95%: 1,05-1,79) e ter multimorbidade (ORa= 1,79; IC95%: 1,49-2,14). A zona de moradia perdeu associação na análise múltipla (Tabela 4).

**Tabela 4** - Associação entre fatores sociodemográficos e multimorbidade, com depressão em pessoas idosas brasileiras (n=2.366). Brasil, 2019.

Variáveis	Depressão					
	OR Não ajustada	(IC95%)	p-valor	OR ajustada	(IC95%)	p-valor
<b>Sexo ref. (masculino)</b>						
Feminino	2,64	2,25-3,12	<0,0001	2,46	2,06-2,94	<0,0001
<b>Faixa etária ref. (80 ou mais)</b>						
70 a 79 anos	1,17	0,91-1,51	0,215	1,22	0,94-1,58	0,118
60 a 69 anos	1,47	1,16-1,86	0,001	1,67	1,31-2,14	<0,0001
<b>Cor de pele ref. (Amarela ou indígena)</b>						
Preta	1,76	0,92-3,37	0,087	2,21	1,20-4,06	0,011
Parda	1,99	1,09-3,62	0,087	1,73	0,88-3,37	0,106
Branca	3,16	1,75-5,70	<0,0001	2,95	1,62-5,39	<0,0001
<b>Estado civil ref. (com companheiro)</b>						
Sem companheiro	1,32	1,14-1,52	<0,0001	-		
<b>Escolaridade ref. (0 a 8 anos)</b>						
9 a 12 anos	1,07	0,83-1,36	0,595	-		
12 anos ou mais	1,19	1,0-1,40	0,025	-		
<b>Socioeconômico ref. (Classe A)</b>						
B	0,92	0,47-1,79	0,822	-		
C, D e E	0,71	0,38-1,35	0,308	-		
<b>Zona de moradia ref. (urbana)</b>						
Rural	0,67	0,55-0,80	<0,0001	-		
<b>Região ref. (Norte)</b>						
Sul	3,63	2,80-4,72	<0,0001	3,01	2,27-4,00	<0,0001
Sudeste	2,29	1,76-2,96	<0,0001	1,94	1,48-2,55	<0,0001
Centro-Oeste	2,02	1,50-2,73	<0,0001	1,76	1,28-1,41	<0,0001
Nordeste	1,43	1,10-1,86	<0,0001	1,37	1,05-1,79	<0,0001
<b>Multimorbidade ref. (Não)</b>						
Multimorbidade	1,82	1,53-2,17	<0,0001	1,79	1,49-2,14	<0,0001

**Fonte:** elaborado pelos pesquisadores com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. a Razão de chances não ajustadas; b Razão de chances ajustadas por características sociodemográficas e multimorbidade; c Razão de chances ajustadas por características sociodemográficas e multimorbidade; d Intervalo de 95% de Confiança.

#### 4 Discussão

Os resultados encontrados nesta pesquisa são convergentes com pesquisas internacionais com amostras de representatividade mundial, cuja prevalência global de

depressão em pessoas idosas foi de 13,3% (Abdoli et al., 2022). Quando realizada comparação com a prevalência encontrada na Europa, o nosso resultado tem maior proximidade, sendo a prevalência de depressão em pessoas idosas de 12,9% (Abdoli, et al., 2022). Já em pesquisa realizada em países de baixa renda, a exemplo do continente Africano, a prevalência de pessoas idosas com depressão pode chegar a 26,3% (Bedaso, 2022).

Além disso, a maior prevalência e chance de depressão em mulheres, também foi verificada em pesquisas prévias internacionais e nacionais (Viana, 2020; Kuehner, 2017; Güths et al., 2017). Esse resultado pode estar relacionado a fatores como maior longevidade, maior tempo de exposição das mulheres às doenças crônicas e solidão (Güths et al., 2017). Além disso, pode estar associado também a aspectos biológicos como o declínio do estrogênio e fatores socioculturais (WHO, 2021).

Nesta pesquisa, a depressão foi associada a idade, sendo os idosos de 60 a 69 anos mais propensos. Estudos prévios corroboram os achados desta pesquisa, os quais apontam sintomas depressivos nas faixas etárias mais jovens das pessoas idosas, quando comparado ao grupo de 80 anos ou mais (Laurindo et al., 2020; Gullich, Duro e Cesar, 2016).

Os achados também evidenciaram que a depressão foi mais frequente em pessoas idosas que se autodeclararam brancas e, essas possuem chance quase três vezes maior para depressão, quando comparados aos de cor de pele amarela. Em pesquisa nacional, realizada no ano de 2022 com pessoas adultas em geral, o resultado corroborou os achados que foram encontrados na nossa pesquisa, onde as pessoas brancas apresentaram maior prevalência de depressão (Brito et al., 2022). Por outro lado, pesquisas prévias identificaram a existência de uma tendência do acometimento de transtornos mentais em pessoas não brancas e pretas, talvez devido ao emprego de amostras não aleatórias e sujeitas a vieses de seleção ou por estarem expostos a outros determinantes sociais e culturais que podem também influenciar a ocorrência de depressão na população não branca em outros contextos (Smolen, Araújo, 2017; Barnes, 2017).

Nesta pesquisa observaram-se diferenças significativas nas chances de depressão de acordo com a região de moradia. Foram observadas maiores prevalências de depressão entre os idosos da Região Sul do país, e quando realizada análise múltipla ajustada, foi possível identificar que os idosos residentes na região Sul – quando em comparação com as pessoas idosas residentes no Norte do país – tiveram maior chance de ter depressão. Estudos nacionais corroboraram os resultados encontrados, sendo a região Sul apontada como aquela com maiores prevalências de depressão, não somente na população idosa, apresentando também elevadas

taxas de suicídio ou tentativa de suicídio, além de multimorbidade em geral (Bonadiman, et al., 2017; Malta, 2017; Rio Grande do Sul, 2018).

Também foi possível identificar uma maior prevalência do desfecho em idosos com multimorbidade. A população de pessoas idosas com multimorbidade pode ter o dobro da chance de desenvolver o transtorno depressivo em comparação aos indivíduos sem doenças ou até uma morbidade. Estudos internacionais corroboraram nossos resultados, apontando que a multimorbidade está relacionada ao aumento indireto sobre a depressão, devido a condições biológicas e não biológicas (Read, 2017, Ansari, 2022).

A pessoa idosa com multimorbidade pode apresentar declínios funcionais, o que inclui a incapacidade para realização de atividades de vida diária, dor, sono insatisfatório, condições essas que apresentam declínio na qualidade de vida do idoso, isolamento social e déficit no autocuidado (Ansari, 2022). Pesquisas realizadas na China apontaram que o indivíduo com diagnóstico para inúmeras condições crônicas pode apresentar limitação funcional, incapacidade, gerando baixa qualidade de vida, e limitações sociais que geram a necessidade de auxílio na realização de tarefas simples, mobilidade e no acesso limitado aos serviços de saúde, impactando em sua saúde mental (Jiang, 2020).

Pesquisas nacionais apontaram a baixa procura de serviços complementares e farmacológicos para o tratamento de depressão. Devido às condições existentes foi possível identificar limitações em relação ao acesso de serviços de saúde para tal tratamento, assim como fatores sociais, econômicos e culturais que levam a um acesso deficiente (Bezerra, Barbosa, 2023). Um estudo internacional chinês apontou que idosos com sintomas moderados a graves de depressão tiveram um acréscimo no gasto de consumo de serviços de saúde em torno dos US\$ 8.104 (Lu, 2021).

Quanto ao tratamento da depressão no serviço de saúde, observamos que a maioria das pessoas idosas com depressão apenas usam medicamentos para o tratamento da doença, e a grande maioria não faz psicoterapia ou terapia integrativa complementar. Estudos apontam que há a predominância do uso de psicotrópicos para tratamento da depressão, sendo antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos os mais prescritos (Prado et al., 2017). O uso medicamentoso é importante para o tratamento de condições psiquiátricas, entretanto, deve ser realizado com uma visão integrada e um cuidado amplo e individual, relacionando a farmacoterapia e a psicoterapia (Cipriani et al., 2018).

Além disso, deve haver tratamentos envolvendo o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Cipriani et al., 2018). Por outro lado, questões relacionadas ao modelo

biomédico, ainda hegemônico na atenção e assistência em saúde, fazem com que o tratamento medicamentoso seja o mais frequentemente empregado. Acrescenta-se ainda, a baixa oferta de PICs nos serviços de saúde e uso maior de medicamentos como escolha de tratamento por parte dos pacientes (Barbosa et al., 2023; Ruela, 2019). Também é possível identificar benefícios em idosos que realizam atividades físicas na redução de sintomas depressivos. Estudo internacional realizado nos Estados Unidos apontou que pessoas idosas mais velhas devem realizar ao menos 150 minutos de atividade física aeróbica com intensidade moderada ou 75 minutos de atividades de maior intensidade por semana (Piercy et al., 2018).

Resultados de estudos chineses apontam que atividade física de baixa intensidade também geram reduções efetivas nos quadros depressivos em pessoas idosas. Estudos longitudinais apontam que pessoas idosas que praticam atividade física possuem níveis mais baixos de depressão do que aqueles que não realizam atividade física (Zhang et al., 2021).

Quanto à baixa utilização de medidas não farmacológicas, estudos nacionais apontam que a baixa oferta de PICs no serviço de saúde, sobretudo naqueles de natureza pública, pode estar relacionado ao modelo biomédico que a formação no campo da saúde é pautada, acrescida a uma tendência mercadológica na área da saúde, que os saberes e práticas são transformadas em mercadorias, gerando uma dificuldade de implementar um modelo integral no cuidado e acarretando um tratamento mais focado no modelo biomédico de cuidar (Barbosa, et al., 2023; Ruela, 2019).

Por fim constatou-se que a depressão teve maior frequência entre pessoas idosas com menor escore de rede social, ou seja, menores quantidades de amigos, familiares, menor frequência de atividades comunitárias e de trabalho. Por outro lado, nesta pesquisa, na análise múltipla, ter uma menor rede social, não apresentou associação com depressão.

A literatura internacional aponta como de fundamental importância o apoio social para manutenção da qualidade de vida na pessoa idosa (Fang et al., 2020). Nessa lógica, a manutenção da rede social está diretamente relacionada à fuga da solidão, e uma melhor condição de saúde global e melhor funcionalidade para pessoas que mantêm as atividades sociais formais e informais, por exemplo, atividades em grupo, comunitárias, trabalho voluntário e remunerado (Pitilin, et al., 2020; Wu, 2020; Oliveira-Figueiredo et al., 2019).

Como limitação do estudo, destacamos a impossibilidade de afirmar a precedência das exposições em relação ao desfecho, especialmente devido ao recorte de tempo em um único momento da coleta, sendo assim, as relações encontradas são associativas, e não exprimem causa e efeito. Além disso, destacamos que a depressão foi medida por meio do autorrelato,

sendo passível de viés de aferição, uma vez que essa medida depende do conhecimento do indivíduo sobre sua situação diagnóstica. Por outro lado, a amostra é representativa da população brasileira, o que confere validade externa à pesquisa, e estimativas que podem se aproximar dos parâmetros populacionais.

## **5 Conclusão**

Utilizando dados representativos nacionalmente, foi observado que quase 12 em cada cem pessoas idosas apresentaram diagnóstico autorreferido de depressão no momento da pesquisa. As mulheres idosas, nas faixas etárias mais jovens (60 a 69 anos), autorreferidas como brancas, residentes nas regiões Sul e com multimorbidade foram mais frequentemente acometidas pela depressão e foram associadas a maiores chances desse desfecho.

Quanto à utilização do serviço de saúde, foi possível identificar que menos da metade das pessoas idosas com depressão frequentam o serviço de saúde com regularidade, e uma parte utilizou o serviço de saúde em um intervalo de tempo menor que 6 meses. Também se constatou que a maioria das pessoas idosas com depressão utilizaram mais frequentemente o tratamento medicamentoso em detrimento de medidas não farmacológicas.

Diante dos achados é importante o profissional de saúde implementar um cuidado específico para as pessoas idosas, tendo em vista a necessidade de um olhar individualizado para o tratamento dos sintomas depressivos e melhor condição de vida à pessoa, respeitando e conhecendo os aspectos sociodemográficos e culturais, que são individuais e intransferíveis de cada pessoa para mitigação dos impactos gerados pela doença. É oportuno destacar também a contribuição destes resultados no processo de tratamento das pessoas idosas já com depressão, por meio do incentivo à adoção de medidas não farmacológicas associadas ao tratamento medicamentoso, podendo gerar mudanças em variáveis de estilo de vida que promovem impactos positivos na remissão do quadro depressivo.

Os achados desta pesquisa podem agregar a assistência de enfermagem para com a pessoa idosa e fomentar a criação de políticas públicas. Os profissionais de saúde devem estimular a prática de atividades físicas, fortalecimento de redes sociais formais e informais, alimentação saudável, redução do consumo de bebidas e informar a população acerca dos malefícios do tabagismo para a saúde global, e para prevenção de Doenças crônicas Não Transmissíveis, multimorbidade e, conseqüentemente, da depressão.

## Referências

- ALMEIDA, O. L. S. Saúde mental do idoso: uma questão de saúde pública. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 53, n. 3, p. E1-E3, 2020.
- ABDOLI, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 132, 1067–1073.
- ANSARI, Salmaan; ANAND, Abhishek; HOSSAIN, Babul. Multimorbidade e depressão entre idosos na Índia: papel mediador da saúde funcional e comportamental. *Plos um*, v. 17, n. 6, pág. e0269646, 2022.
- BARROS, Isadora Costa et al. Prevalência da depressão em idosos não institucionalizados na cidade de Imperatriz-MA: Características e desafios. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e55611931291-e55611931291, 2022.
- BARNES DM, Bates LM. Do racial patterns in psychological distress shed light on the Black-White depression paradox? A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; v.52, n.8. p. 913-928. doi: 10.1007/s00127-017-1394-9.
- BARBOSA, F. E. S. et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v. 36, n. 1. Acessado 18 Setembro 2023, e00208818. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>.
- BEDASO, A.; MEKONNEN, N.; DUKO, Bereket. Estimate of the prevalence of depression among older people in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, v. 26, n. 6, p. 1095-1105, 2022.
- BEZERRA, H. de S.; BARBOSA, I. R. Poor access to health services for depression treatment in Brazil. *Revista de saude publica*, v. 57, p. 49, 2023.
- BIBIANO, A. M. B. et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. p. 2263-2278, 2019.
- BONADIMAN CSC, Passos VM de A, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev bras epidemiol* 2017; v. 20, n. 01, p. 191-204. doi: 10.1590/1980-5497201700050016.
- BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- BRITO, V. C. de A. et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. spe1, p. e2021384, 2022.
- CIPRIANI, A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. v. 391, n. 10128, p. 1357-1366, 2018

CHERUVU, V.K., CHIYAKA, E.T. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatr* **19**, 192 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1203-2>

FANG, E. F. et al. Uma agenda de investigação para o envelhecimento na China no século XXI: Centrando-se na investigação básica e translacional, cuidados de longo prazo, políticas e redes sociais. **Revisões de pesquisas sobre envelhecimento**, v. 64, n especial. p. 101174, 2020.

GARCÍA-PEÑA, C. et al. Sintomas depressivos tardios: modelos de previsão de mudança. **Jornal de transtornos afetivos** , v. 150, n. 3, p. 886-894, 2013.

GARIEPY, G.; HONKANIEMI, H.; QUESNEL-VALLEE, Amelie. Apoio social e proteção contra a depressão: revisão sistemática dos achados atuais nos países ocidentais. **The British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 4, p. 284-293, 2016.

GARBACCIO, J. L. et al. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 724-732, 2018.

GÖRAN, D.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991.

GULLICH, I; Duro, S. M. S.; Cesar, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 19, n.4, p. 691-701, 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2019**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2019. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

JIANG C, Zhu F, Qin T. Relações entre doenças crônicas e depressão entre pessoas de meia-idade e idosos na China: um estudo prospectivo de CHARLS. *Curr Med Sci*. 2020; v. 40, n. 5, p. 858–70. pmid:33123901

KUEHNER C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*, v. 4. n 2. p 146-158, 2017. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2.

LU, S., Liu, T., Wong, G., Leung, D., Sze, L., Kwok, W., . . . Lum, T. (2021). Health and social care service utilisation and associated expenditure among community-dwelling older adults with depressive symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, E10. doi:10.1017/S2045796020001122

MALTA DC, M, MCS, S. F, AM, Silva MMA da, Montenegro M de MS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev bras epidemiol**, v. 20, n. 01, p.142-56, 2017. doi: 10.1590/1980-5497201700050012.

NÓBREGA Irap, et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v 39. N 3. P: 536-550, 2015.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. de; FELISBINO-MENDES, Mariana Santos; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. Associação entre rede social e incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. p. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão. OPAS/OMS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20transtorno,%2C%20biol%C3%B3gicos%2C%20ambientais%20e%20psicol%C3%B3gicos>.

PITILIN, E. DE B. et al. Factors associated with leisure activities of elderly residents in rural areas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190600, 2020.

PIERCY, Katrina L. et al. The physical activity guidelines for Americans. **Jama**, v. 320, n. 19, p. 2020-2028, 2018.

READ, Jennifer R. et al. Multimorbidade e depressão: uma revisão sistemática e meta-análise. **Revista de transtornos afetivos**, v. 221, p. 36-46, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde, v. 1, n. 1, p.1-8, 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>

RUELA, L. DE O. et al.. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239–4250, nov. 2019.

STOPA, S.R. et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]**. V. 29, n. 5, e2020315. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000500035&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035&lng=pt). Epub 28-Set-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>.

SMOLEN JR, Araújo EM de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Cienc e Saude Coletiva*. v. 22, n. 2, p. 4021-4030, 2017. doi: 10.1590/1413-812320172212.19782016.

VALIENGO, Leandro da Costa Lane; STELLA, Florindo; FORLENZA, Orestes Vicente. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatric disease and treatment*, v., n. p. 2105-2114, 2016.

VERAS RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica.*; v. n. p. 23(10):2479-2489, 2007.

VIANA MC, Corassa RB. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. In: *Women's Mental Health: a clinical and evidence-based guide*. 1a ed. Switzerland: Springer Nature; V. n. p. 17-29, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health Gap Action Programme. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Acesso em: 20 de maio de 2023. Disponível em: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310851/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310851/).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Gender and women's mental health. Disponível em: <https://bit.ly/3LI0Z2B>. Acesso em: 17 de outubro de 2023.

WU, Fan; SHENG, Yu. Differences in social isolation between young and old elderly in urban areas of Beijing, China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, v. 7, n. 1, p. 49-53, 2020.

ZHANG, S. et al. Physical activity and depression in older adults: the knowns and unknowns. *Psychiatry research*, v. 297, p. 113738, 2021.