



**FUNDAÇÃO  
UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE  
MATO GROSSO DO SUL**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)  
CÂMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

**CLAUDINÉIA MACEDO**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E SOLIDÃO EM ADULTOS E IDOSOS**

**TRÊS LAGOAS**

**2022**

**CLAUDINÉIA MACEDO**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E SOLIDÃO EM ADULTOS E IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Câmpus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de concentração:** Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde

**Orientadora:** Dra. Tatiana Carvalho Reis Martins

**TRÊS LAGOAS**

**2022**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Código de Financiamento 001.

**CLAUDINÉIA MACEDO**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E SOLIDÃO EM ADULTOS E IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Tatiana Carvalho Reis Martins

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde.

(Presidente e Orientadora)

---

Prof. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde.

(Membro Titular)

---

Profª. Dra. Fernanda Marques da Costa

Universidade Estadual de Montes Claros

(Membro Titular)

---

Prof. Dr. Lucas Gazarini

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas

(Membro Suplente interno)

---

Profª. Dra. Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas

(Membro Suplente externo)

## **DEDICATÓRIA**

- Este trabalho é todo dedicado à minha família, em especial meu marido Sérgio, por todo o apoio e incentivo que recebi ao longo destes anos e aos meus filhos, Leonardo e Maria Clara, razão do meu viver.
- Dedico este trabalho a Deus; autor de maravilhas em minha vida, cuja presença me auxilia nas minhas escolhas, abrindo caminhos e me segurando pela mão, me dando confiança frente aos desafios e adversidades, me acompanhando rumo à realização dos meus sonhos. Sem Deus, nada disso seria possível.
- Dedico este projeto a todos os professores do curso. Em especial à professora Tatiana Reis Carvalho, minha orientadora, com quem compartilhei minhas dúvidas e angústias a respeito do tema, agradeço pela sua dedicação e atenção. A ela todo meu respeito e admiração.
- Dedico aos meus amigos de trabalho que, de alguma maneira, me encorajaram, incentivaram e apoiaram.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo o que conquistei até agora e por ter me dado força para superar todas as dificuldades e obstáculos encontrados.

A Profa. Dra. Tatiana Carvalho Reis Martins, minha orientadora, pela sua orientação, dedicação e disponibilidade. É com muita admiração e carinho que gostaria de expressar meu agradecimento por tudo que você fez por mim.

Ao meu marido pelo amor, incentivo, compreensão e paciência nos muitos momentos de ansiedade e desânimo. Sem você ao meu lado essa conquista não seria possível.

Aos meus filhos Leonardo e Maria Clara, que amo incondicionalmente, foram eles a minha grande inspiração nesta caminhada. Agradeço pela compreensão da ausência e espero compensá-los com muitas horas de brincadeiras e abraços. Vocês são a razão da minha vida.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me ensinar o caminho do bem, a quem devo grande parte das minhas conquistas.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e cumplicidade.

A todos os adultos e idosos que participaram do presente estudo, sem os quais este estudo não seria possível.

Aos meus amigos que sempre acreditaram em mim, me apoiando e incentivando nas horas em que me sentia desanimada.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta conquista, o meu muito obrigada!

Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; Eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa.

Isaías 41:10

## RESUMO

A depressão é o transtorno mental mais frequente na população em todo o mundo. Diversos estudos apontam para a relação entre sintomas depressivos e solidão, apresentando-se de forma bidirecional, uma vez que situações de vida que causam a solidão predisõem o aparecimento dos sintomas depressivos bem como estes causam o isolamento social do indivíduo ocasionando-lhe a solidão. O objetivo geral deste estudo é avaliar os sintomas depressivos e a solidão em adultos acima de 45 anos e idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de Três Lagoas/MS e seus resultados foram divididos em dois artigos. **Artigo 1:** Objetivou identificar os fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família, em um período de dois anos, antes e durante a pandemia. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo e analítico, realizado com 91 adultos (45-59 anos) e 110 idosos ( $\geq 60$  anos) cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Três Lagoas-MS. A coleta de dados na linha de base ocorreu em 2018/2019 e a primeira onda em 2021. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais. A sintomatologia depressiva foi avaliada por meio da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D). Foram estimados modelos de regressão logística simples para cada variável independente e os desfechos. Permaneceram no modelo final as variáveis  $p \leq 0,05$ . A prevalência de sintomas depressivos entre os adultos e idosos foi de 55,2% (IC95%: 48,3% - 62,1%) na primeira avaliação e de 51,7% (IC95%: 44,8% - 58,6%) na segunda avaliação. A chance de surgimento de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os homens (OR=2,20, IC95%: 1,02-4,74), pessoas com renda familiar menor que um salário-mínimo (OR=3,37, IC95%: 1,22-9,26), com mais de quatro anos de estudo (OR=2,65, IC95%: 1,16-6,04) e que utilizam menos medicamentos (OR=6,43, IC95%: 1,35-30,56). Já a chance de aumento nos escores de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os participantes que utilizam menos medicamentos (OR=4,12, IC95%: 1,46-11,62), fisicamente ativos (OR: 2,18, IC95%: 1,20-3,98) e que não participam de grupos sociais (OR: 2,10, IC95%: 1,15-3,83). **Artigo 2:** Objetivou conhecer a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos residentes na comunidade durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo transversal, com amostragem por conveniência, realizado em Três Lagoas (MS). A coleta de dados ocorreu em 2021. Foram avaliados indivíduos de ambos os sexos, com idades a partir de 45 anos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado contendo questões sociodemográficas, de saúde e de rede de apoio social. A variável dependente solidão foi avaliada pela Escala Brasileira de Solidão UCLA (UCLA-BR). Os dados foram analisados por meio de um modelo de regressão logística múltiplo. Participaram do estudo 215 pessoas, com predomínio de idosos e do sexo feminino. No modelo final, permaneceram como fatores associados ao desfecho: ter 60 anos ou mais (OR=1,89, IC95%: 1,02-3,52) e ter sintomas depressivos (OR=6,90, IC95%: 3,74-12,70).

Palavras-chave: Saúde mental. Envelhecimento. Fatores de risco. COVID-19. Enfermagem.



## ABSTRACT

Depression is the most common mental disorder in the population worldwide. Several studies point to the relationship between depressive symptoms and loneliness, presenting itself in a bidirectional way, since life situations that cause loneliness predispose the appearance of depressive symptoms as the latter facilitate the individual's social isolation, promoting loneliness. The general objective of this study is to evaluate depressive symptoms and loneliness in adults over 45 years old and elderly registered in Family Health Units in the city of Três Lagoas/MS and its results were divided into two articles. **Article 1:** It aimed to identify the factors associated with the emergence and worsening of depressive symptoms among older adults and the elderly registered in Family Health Units, for two years, before and during the pandemic. This is a prospective and analytical longitudinal study, carried out with 91 adults (45-59 years old) and 110 elderly people ( $\geq 60$  years old) registered in Basic Health Units in the city of Três Lagoas-MS. Baseline data collection took place in 2018/2019 and the first wave in 2021. Sociodemographic, health and behavioral variables were collected. Depressive symptomatology was assessed through the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D). Simple logistic regression models were estimated for each independent variable and outcomes. The variables  $p \leq 0.05$  remained in the final model. The prevalence of depressive symptoms among adults and the elderly was 55,2% (95%CI: 48,3% - 62,1%) in the first evaluation and 51,7% (95%CI: 44,8% - 58,6%) in the second evaluation. The chance of developing depressive symptoms was significantly higher among men (OR=2,20, 95%CI: 1,02-4,74), people with a family income of less than one minimum wage (OR=3,37, 95%CI: 1,22-9,26), with more than four years of study (OR=2,65, 95%CI: 1,16-6,04) and who use less medication (OR=6,43, 95%CI: 1,35-30,56). The chance of an increase in scores was significantly higher among participants who used less medication (OR=4,12, 95%CI: 1,46-11,62), were physically active (OR: 2,18, 95%CI: 1,20-3,98) and who do not participate in social groups (OR: 2,10, 95%CI: 1,15-3,83). **Article 2:** Aimed to know the prevalence and factors associated with loneliness in older adults and community-dwelling elderly people during the COVID-19 pandemic. This is a cross-sectional study, with convenience sampling, carried out in Três Lagoas (MS). Data collection took place in 2021. Individuals of both sexes, aged over 45 years, registered in Family Health Units in the municipality were evaluated. For data collection, a structured questionnaire containing sociodemographic, health and social support network questions was used. The dependent variable loneliness was assessed using the UCLA Brazilian Loneliness Scale (UCLA-BR). Data were analyzed using a multiple logistic regression model. A total of 215 people participated in the study, predominantly elderly and female. In the final model, factors associated with the outcome remained: being 60 years of age or older (OR=1,89, 95%CI: 1,02-3,52) and having depressive symptoms (OR=6,90, 95%CI: 3,74-12,70).

Keywords: Mental Health. Aging. Risk Factors. COVID-19. Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Circunferência da Cintura
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
USF	Unidade Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
OR	<i>Odds Ratio</i> Razão de Probabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCQ	Relação Cintura-Quadril
UBS	Unidade Básica de Saúde
TD	Transtorno Depressivo
TDM	Transtorno Depressivo Maior

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	16
Fisiopatologia dos transtornos depressivos.....	17
Prevalência de sintomas depressivos.....	19
Sintomas depressivos e fatores associados .....	21
Prevalência de solidão .....	27
Solidão e fatores associados .....	29
<b>OBJETIVO.....</b>	31
Objetivo Geral.....	32
Objetivos Específicos.....	32
<b>RESULTADOS.....</b>	33
Artigo 1: Fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos e idosos comunitários.....	35
Artigo 2: Fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos da comunidade durante a pandemia da COVID-19.....	62
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	80
<b>APÊNDICE A.....</b>	93
<b>APÊNDICE B.....</b>	98
<b>ANEXO A .....</b>	100
<b>ANEXO B .....</b>	102



## INTRODUÇÃO

A depressão ou transtorno depressivo (TD) é o transtorno mental mais frequente na população em todo o mundo, com aproximadamente 3,8% da população afetada, incluindo 5,0% entre adultos e 5,7% entre idosos (WHO, 2021). É um agravo que assola aproximadamente 350 milhões de indivíduos, sendo a principal causa de suicídio (LEE *et al.*, 2018).

No cenário mundial, a pandemia da COVID-19 teve um grave impacto na saúde mental e no bem-estar das pessoas, e estima-se que no primeiro ano da pandemia houve um aumento de 27,6% nos casos de transtorno depressivo maior (TDM) (WHO, 2022a).

O Brasil lidera o ranking de depressão entre os países América do Sul, e conta com uma prevalência de 5,8% (WHO, 2017). Considerando a incidência de casos sobre a faixa etária adulta a ocorrência de TD acarreta ao trabalhador e ao trabalho em si, uma redução da produtividade, afastamentos, faltas e desligamentos, fatores que causam impactos na economia à nível individual e nacional (LAZAR-NETO *et al.*, 2018).

Existe uma pluralidade de apresentações e desdobramentos possíveis para os episódios de TD (WHO, 2021). Há uma relação intrínseca psicoemocional e psicobiológica na sequência de eventos emocionais e neurológicos que culminam na depressão. Em virtude da complexidade envolvida há uma gama de possíveis sintomas e/ou manifestações dentre as quais destacam-se um estado deprimido acentuado, alterações de sono, fome, humor, perda de prazer/interesse em realizar tarefas (anedonia), autodepreciação e até mesmo ideação suicida (CUI, 2015).

Em contrapartida aos efeitos da ocorrência de TD sobre a parcela ativa da população, sua ocorrência dentre a parte idosa da pirâmide etária, pode favorecer a piora de quadros clínicos como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade e cardiopatias, que impactam na capacidade funcional, bem como maior risco de morbimortalidade (MATIAS *et al.*, 2016, GONÇALVES *et al.*, 2018), assim como TD é um possível fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (COSTA *et al.*, 2021).

Ademais, este transtorno interfere no indivíduo em sua integralidade, acarretando sentimento intenso de desconforto e sofrimento, não conseguindo mais usufruir de situações e eventos antes considerados prazerosos para o indivíduo, por vivenciar sentimentos persistentes de inutilidade, tristeza profunda, irritação, desamparo e pessimismo excessivo (CANTILINO; MONTEIRO, 2017).

Os fatores frequentemente relacionados à prevalência e à incidência de depressão compreendem doenças crônicas, autopercepção negativa de saúde, incapacidade funcional, características de personalidade, estratégias de enfrentamento inadequadas, transtorno mental, vínculos sociais limitados e/ou de baixa qualidade, estresse, ser solteiro, ser mulher, baixos níveis socioeconômico e de escolaridade (LAZAR-NETO *et al.*, 2018), uso de medicamentos, tabagismo e etilismo (ARAGÃO *et al.*, 2019).

É demonstrado na literatura, a relação entre sintomas depressivos e solidão (OLIVEIRA *et al.*, 2019a; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Conforme resultados de uma revisão integrativa, a solidão é um dos principais fatores psicossociais associado ao aparecimento dos sintomas depressivos em idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2019a). Há uma maior prevalência de depressão (WITTAYANUKORN; QIAN; HANSEN, 2014; STOPA *et al.*, 2015) e solidão em indivíduos mais velhos (HOLT-LUNSTAD, 2017).

Dentre os fatores de risco apontados como mediadores entre a solidão emocional e a obtenção de altos escores nas escalas de depressão destacam-se a perda do cônjuge (FRIED *et al.*, 2015), o isolamento ou desamparo, a separação dos familiares, a ausência de um parceiro ou o fato de não fornecer assistência aos netos (WANG *et al.*, 2017). A relação entre solidão e sintomas depressivos apresenta-se de forma bidirecional, uma vez que situações de vida que causam a solidão predis põem o aparecimento dos sintomas depressivos bem como os sintomas depressivos favorecem o isolamento social do indivíduo ocasionando-lhe a solidão. Por sua vez o aumento das relações sociais favorece a diminuição de sintomas depressivos (OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

A solidão se refere ao sentimento de isolamento social percebido, do qual as necessidades sociais de um indivíduo não são atendidas pela quantidade ou qualidade do relacionamento social, e está negativamente associada a problemas de saúde mental, fortemente relacionada à depressão e aumento dos sintomas depressivos ao longo do tempo (MEZUK *et al.*, 2016).

O rastreamento dos sintomas depressivos representa uma medida primordial para a garantia de um tratamento apropriado ao usuário visando proporcionar um maior acesso aos serviços da atenção primária à saúde (APS), e assim minimizar os efeitos decorrentes de quadros depressivos intensos (COSTA *et al.*, 2017). A orientação às pessoas em geral sobre os sinais e sintomas que caracterizam a depressão é uma estratégia de prevenção importante, uma vez que o conhecimento dos sintomas iniciais do estado depressivo pode levar o paciente e seus

familiares a buscar ajuda profissional, antes da piora do transtorno (JORGETTO; MARCOLAN, 2021).

A solidão também traz implicações tanto para a saúde física como para a saúde mental das pessoas, fazendo-se importante elucidar os possíveis fatores de risco associados à solidão. Ressalta-se a necessidade de se realizar mais pesquisas sobre essa temática, uma vez que são escassos os estudos que investigam sobre a solidão em adultos e idosos no contexto brasileiro (FERREIRA; NÍLDILA, 2021; MATA *et al.*, 2022). Pesquisas nessa área devem ser vistas como uma prioridade de saúde pública (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016).

O cuidado à saúde mental é uma questão ainda negligenciada, especialmente na APS, o que compromete a construção de uma rede de atenção articulada que proporcione a população uma atenção integral (GONCALVES *et al.*, 2018). Apesar de existirem tratamentos conhecidos e eficazes para os transtornos mentais, mais de 75% das pessoas que vivem nos países de baixa e média renda não têm acesso a nenhum tratamento. Dentre aqueles que têm acesso ao tratamento uma parcela substancial não apresenta melhoras, e as taxas de recaída são elevadas (WHO, 2021; LEVINSTEIN; SAMUEL, 2014). Alguns fatores como a escassez de recursos, o número reduzido de profissionais de saúde treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais prejudicam o atendimento adequado às pessoas com transtornos mentais (WHO, 2021).

Como agravante, a pandemia da COVID-19 além de ocasionar um aumento na prevalência de problemas de saúde mental, coincidiu com uma interrupção abrupta nos serviços de saúde mental, deixando sem assistência adequada várias pessoas, no momento em que mais necessitavam de cuidado. Apesar da situação ter melhorado no final de 2021, muitas pessoas ainda continuam sem ter acesso aos serviços de saúde mental. Vários países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) discutiram a necessidade de desenvolver e fortalecer os serviços de saúde mental e apoio psicossocial como resposta a pandemia e a futuras emergências de saúde pública (WHO, 2022b).

Os aspectos supracitados demonstram a importância de os profissionais da saúde aperfeiçoarem suas práticas na investigação da depressão e da solidão e dos possíveis fatores associados, considerando as particularidades do indivíduo e o contexto em que está inserido (GONCALVES *et al.*, 2018; WHITEFORD *et al.*, 2015). A identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos e a solidão, poderá auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção (LEE *et al.*, 2021) e na formulação de políticas voltadas à saúde mental, especialmente em um contexto pós-pandemia.





## REVISÃO DE LITERATURA

### Fisiopatologia dos transtornos depressivos

A depressão resulta de uma interação complexa de fatores sociais, psicológicos e biológicos (WHO, 2021). A literatura mostra que há associação entre o componente genético e a manifestação dos transtornos depressivos (HASLER, 2010). Estudo de metagenômica aplicados à genética de pacientes com depressão, apontou relevância estatística para o componente (HOWARD *et al.*, 2019).

No geral, componente genético representa em torno de 30% - 40% da vulnerabilidade ao transtorno e o restante depende de fatores do meio, dentre os quais, vale ressaltar a importância dos eventos psico-estressores, como episódios emocionais traumáticos, e exposição a estresse contínuo ou agudo (HASLER, 2010).

Não se deve desmerecer o fato de que para alguns indivíduos há influência de eventos corriqueiros, como mudanças climáticas e alterações no padrão de luminosidade natural, que – se relacionam diretamente ao padrão de neurotransmissores do indivíduo e suas percepções do ambiente ao redor, podendo favorecer o estado depressivo (HASLER, 2010).

Dada a complexidade e o caráter multifatorial da depressão, é natural a existência de diversas teorias explicativas para sua origem e ocorrência. No eixo da neurociência de base biológica, a teoria das monoaminas é a mais difundida (HASLER, 2010; SHAO; ZHU, 2020).

A dinâmica dos neurotransmissores monoaminérgicos, que incluem a serotonina, norepinefrina e dopamina, é considerada como raiz central das alterações responsáveis pela depressão. Neurônios serotoninérgicos com projeções para regiões do neocórtex estão diretamente envolvidos no curso organizacional das vivências emocionais estressoras e do estado de motivação (o desejo e/ou prazer em fazer algo, estaria ligada a essa ação do neurotransmissor). Sob essa visão, a interrupção/disfunção do fluxo serotoninérgico, por indisponibilidade do seu precursor direto, triptofano, a exemplo, alteraria a experiência emocional e, por consequência, o delicado equilíbrio psicoemocional (SHAO; ZHU, 2020).

Os desequilíbrios na rede serotoninérgica podem ser resultado de alterações tanto dos precursores de síntese como o triptofano ou por mudança da sensibilidade na fenda pós-sináptica, como se houvesse uma resistência à ação do neurotransmissor. Neste ponto, a correção farmacológica vale-se de uma gama de substâncias que buscam aumentar a concentração de serotonina na fenda sináptica, tal como os conhecidos inibidores seletivos de receptação de serotonina (SHAO; ZHU, 2020). Alterações polimórficas nos genes

serotonérgicos são descritas em pacientes com depressão, bem como em outras patologias psiquiátricas com alteração de humor deprimido (HOWARD *et al.*, 2019; SHAO; ZHU, 2020).

A norepinefrina, por sua vez, desempenha papel de modulador das vias neurológicas ligadas aos processos de aprendizagem e memória, bem como regulador do sono e apetite, correlacionando à sintomatologia clínica as flutuações nos níveis deste neurotransmissor o que influencia na dinâmica de sono e fome que se apresentam alterados no paciente depressivo. Importante salientar o papel neuroendócrino da norepinefrina para manutenção de funções orgânicas comportamentais do indivíduo. Análogo ao que acontece com a serotonina, há possibilidade do uso de inibidores da recaptação de norepinefrina como estratégia terapêutica (SHAO; ZHU, 2020).

A dopamina, embora menos descrita na literatura da depressão, também apresenta níveis alterados em modelos animais de depressão, demonstrando sua participação na patogenia do transtorno. Em suma, a teoria das monoaminas constitui capítulo importante da fisiopatologia da depressão. Embora os mecanismos ou fatores gatilhos das alterações não tenham sido completamente elucidados, a teoria desempenha papel importante, inclusive, no desenvolvimento de fármacos antidepressivos, visto que expõe a maioria dos alvos terapêuticos utilizados (SHAO; ZHU, 2020).

Embora a teoria monoaminérgica seja bastante aceita e apresente achados irrefutáveis de sua validade (SHAO; ZHU, 2020), a evolução da neurociência e dos estudos em neuroimunologia permitiram ampliar a visão sobre o papel imune na gênese da depressão, apontando outros mediadores neuroquímicos envolvidos. Verifica-se participação imunológica no desenvolver de um processo inflamatório de caráter subclínico típico do transtorno, especialmente com foco no sistema nervoso central (MILENKOVIC *et al.*, 2019; NOBIS; ZALEWSKI; WASZKIEWICZ, 2020). Estudo acerca da proteína C reativa (conhecido marcador inflamatório) como marcador para a depressão abre caminhos para elucidação do processo inflamatório típico e para vias terapêuticas alternativas baseadas em anti-inflamatórios com alvo neuronal (ORSOLINI *et al.*, 2022).

O sistema imune atua orquestrando a homeostase e plasticidade cerebral, incluindo a dinâmica da neurogênese, que acontece sobretudo no giro dentado do hipocampo. Em grande parte, esses processos são regulados por fatores imunológicos conhecidos como quimiocinas (citocinas com potencial quimiotático), que ordenam o fluxo de migração e diferenciação celular dos progenitores neuronais (MILENKOVIC *et al.*, 2019).

Estudos eletrofisiológicos mostram que algumas quimiocinas (CCL2, CCL5, CCL22, CXCL12, CXCL8 e CX3CL1) têm capacidade de modular o potencial elétrico de membrana neuronal (MATIAS *et al.*, 2016). Achados inflamatórios estão presentes em 30% dos acometidos pela depressão, e nota-se nestes casos um perfil inflamatório leve, porém crônico, tal inflamação pode ser responsável em partes pela desregulação do padrão de neurotransmissores (MILENKOVIC *et al.*, 2019; NOBIS; ZALEWSKI; WASZKIEWICZ, 2020).

Ensaio clínico demonstram níveis aumentados de CCL2 e CXCL8 (quimiocinas do perfil inflamatório) em pacientes diagnosticados com depressão, e os níveis de CCL3 (proteína inflamatória de macrófagos-1 $\alpha$ ) também se apresentam alterados em pacientes com depressão (MILENKOVIC *et al.*, 2019).

A relação entre o sistema imune e o desencadeamento da depressão ainda não é clara, contudo, há um alinhamento entre os eventos da teoria monoaminérgica e os achados da neuroimunologia que, em combinação, demonstram um desdobramento fisiopatológico multifacetado para o transtorno depressivo, apontando que existe uma sobreposição complexa de fatores e que há uma gama de eventos sistêmicos e simultâneos e variáveis de indivíduo a indivíduo, que são responsáveis pela depressão (SHAO; ZHU, 2020; MILENKOVIC *et al.*, 2019; NOBIS; ZALEWSKI; WASZKIEWICZ, 2020).

### **Prevalência de sintomas depressivos**

A depressão é um problema de saúde pública, devido à sua prevalência elevada e por ser uma das principais causas de incapacidade no mundo (SOUZEDO; BIZZARRO; PEREIRA, 2020). Quando o indivíduo apresenta problemas relacionados à saúde mental, isso repercute em uma pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico, perda de renda e capacidade produtiva, dificuldade de participação social, entre outras (RAZZOUK, 2016).

A manifestação sintomática do transtorno depressivo apresenta-se de formas distintas a depender de fatores biopsicossociais de cada indivíduo, arraigados ao indivíduo, tal como faixa etária, estado global orgânico, condições sociais, entre outros (BARROS *et al.*, 2017). A prevalência dos transtornos depressivos não é homogênea, e isso pode ser em virtude dos diferentes critérios diagnósticos e instrumentos utilizados (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018), como também pode ser devido as particularidades da população estudada conforme o país e a região (WHITEFORD *et al.*, 2015).

Na China, o estudo o *China Health and Retirement Longitudinal Study* que contou com a participação de 5.677 indivíduos com mais de 45 anos, e durante o acompanhamento de sete anos, 42,2% dos participantes foram identificados com sintomas depressivos (ZHOU *et al.*, 2021). Outra pesquisa realizada na China com a participação de 5.791 indivíduos com 60 anos ou mais também encontrou uma prevalência elevada de sintomas depressivos (37,52%) (XIE *et al.*, 2021).

No Brasil, um estudo transversal realizado com 972 idosos na cidade de São Paulo evidenciou uma prevalência de sintomas depressivos de 14,2% (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019). Estudo de base populacional conduzido na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, identificou que entre os 1.394 idosos, 15,2% apresentaram sintomas depressivos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Já Sousa e colaboradores (2017) investigaram 153 idosos cadastrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba, e identificaram uma prevalência maior de sintomas depressivos (28,1%). Valor superior foi evidenciado em uma pesquisa realizada com 360 idosos atendidos em um Centro de Referência a Saúde do Idoso no norte de Minas Gerais, que apresentou a prevalência de 37,2% de sintomas depressivos, sendo ligeiramente maior nos idosos com 80 anos ou mais (38,2%) em comparação com aqueles na faixa etária entre 65 e 79 anos (36,9%) (SILVA *et al.*, 2020). Achado semelhante foi encontrado em um município no interior do Rio Grande do Sul, com 112 idosos atendidos nos serviços de atenção básica, cujos resultados indicam para a presença de sintomas depressivos em 35,7% dos participantes (LAMPERT; FERREIRA, 2018).

A pandemia da COVID-19 apresentou um impacto enorme na vida das pessoas, afetando especialmente a saúde mental. No Brasil, a repercussão da pandemia no cotidiano da população não foi diferente, e reflexo disso são resultados de estudos que avaliaram a saúde mental da população adulta e encontraram elevadas prevalências de sintomas depressivos, como um estudo transversal online que avaliou 380 idosos residentes no Brasil a prevalência de sintomas depressivos foi de 28,7% (ANDRADE *et al.*, 2021); e uma pesquisa online com 482 adultos de 23 estados brasileiros realizada no início da pandemia, que encontrou uma prevalência de 70,3% de sintomas depressivos (ZHANG *et al.*, 2021). Em outro estudo online realizado no período de pico de contágio da COVID-19 no Brasil, 68% da amostra (n = 1996) apresentou sintomas depressivos (GOULARTE *et al.*, 2021).

A depressão está entre as doenças crônicas não transmissíveis(DCNT)mais prevalentes em idosos, tida como um fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas como diabetes e síndrome coronariana, agravamento de quadros patológicos preexistentes, estando

associada à fragilidade, comorbidades, aspectos psicológicos relativos à viuvez, mudança de papéis na família e na sociedade e aspectos sociais relacionados com a solidão (SILVA *et al.*, 2017), influenciando negativamente na qualidade de vida dos idosos (VALADARES *et al.*, 2019).

Embora seja frequente o número de idosos com depressão, o diagnóstico neste grupo pelos profissionais que atuam na atenção primária à saúde ainda é reduzido, em razão dos sintomas serem parecidos com o processo natural do envelhecimento, permanecendo subdiagnosticada e subtratada, impactando nas relações interpessoais do idoso e no controle de outras doenças (RAMOS *et al.*, 2019).

A orientação às pessoas em geral sobre os sinais e sintomas que caracterizam a depressão é um instrumento de prevenção importante, uma vez que o conhecimento dos sintomas iniciais do estado depressivo pode levar o paciente e seus familiares a buscar ajuda profissional, antes da piora do transtorno (JORGETTO; MARCOLAN, 2021), possibilitando intervenções precoces e efetivas, além da prevenção baseada nos fatores de risco, contribuindo para uma assistência à saúde de qualidade (LIMA *et al.*, 2016).

O cuidado à saúde mental é uma questão ainda negligenciada, especialmente na APS, e essa realidade dificulta a construção de uma rede de atenção articulada à rede de saúde em geral, assim como a articulação intersetorial é de extrema importância. Ressalta-se a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental, que considerem às particularidades e o contexto biopsicossocial e cultural de cada indivíduo, de forma a assegurar uma assistência integral à população (GONÇALVES *et al.*, 2018).

### **Sintomas depressivos e fatores associados**

Alguns fatores sociodemográficos, como sexo, idade, estado civil e renda familiar foram relatados como associados à depressão na população (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018; XIE *et al.*, 2021). A maior prevalência de depressão entre as mulheres pode ser parcialmente explicada por uma maior sensibilidade a eventos adversos na vida, papéis sociais, normas culturais e também por fatores hormonais (menarca, gravidez, menopausa e uso de anticoncepcionais) (PICCINELLI; WILKINSON, 2000; CARPENA *et al.*, 2019). Nas últimas décadas, ocorreu uma alteração no papel da mulher na família e na sociedade, sem um reconhecimento adequado de suas ações, permanecendo despercebida frente às atividades realizadas centralizando-as como obrigações femininas, tendo de contribuir financeiramente no sustento da família e, além disso, continuar com as responsabilidades do lar, maternidade,

cobranças sociais, gerando sobrecarga de trabalho (GONÇALVES *et al.*, 2018). As mulheres estão em desvantagem socioeconômicas comparadas aos homens, vivendo em situação de vulnerabilidade, principalmente em países de baixa e média renda, deixando-as mais predispostas a sofrer de depressão (CARPENA *et al.*, 2019).

Em termos de idade, pessoas mais velhas são mais propensas a sintomas depressivos. Este resultado é consistente com alguns estudos na população idosa (XIE *et al.*, 2021). A prevalência de sintomas depressivos normalmente aumenta com a idade. Essa diferença pode ser atribuída principalmente às funções físicas e cognitivas mais baixas, que estão intimamente relacionadas aos sintomas depressivos entre os idosos ((MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Quanto ao estado civil, alguns estudos observaram que idosos que não moravam com seus cônjuges (separados/divorciados/viúvos/solteiros) tinham chances maiores de apresentar sintomas depressivos (FATIMA *et al.*, 2019; XIE *et al.*, 2021). Como os idosos têm redes de apoio social relativamente pequenas, a presença do cônjuge representa um apoio e o ajuda a eliminar emoções negativas (XIE *et al.*, 2021).

O baixo nível socioeconômico está geralmente associado a uma maior prevalência de sintomas depressivos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; LAZAR-NETO *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2018).

A renda mais baixa pode afetar a saúde mental em virtude do estresse gerado pela dificuldade do indivíduo de pagar as contas (por exemplo, aluguel, serviços públicos, alimentação e transporte), pode restringir atividades de lazer e pode limitar o acesso aos serviços de saúde, dificultando a busca por atendimento médico e diminuindo a probabilidade de tratamento adequado (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; LAZAR-NETO *et al.*, 2018). Outro fator é a relação entre depressão e desemprego, uma vez que quando o indivíduo não consegue atender as necessidades materiais essenciais da família, há uma predisposição ao surgimento dos sintomas depressivos, e ainda, o desapontamento de não conseguir um emprego, os subempregos e até mesmo as condições ruins do trabalho, semeiam as bases para a baixa autoestima, complexo de inferioridade, sensação de impotência, vitimização e ressentimento, tornando-se estes gatilhos importantes para o aparecimento de sintomas depressivos (JORGETTO; MARCOLAN, 2021).

A depressão também está correlacionada com a obesidade, transtornos do sono e auto percepção negativa de saúde (XIE *et al.*, 2021; ALEXANDRINO-SILVA *et al.*, 2011; BESPALHUK *et al.*, 2021), solidão (OLIVEIRA *et al.*, 2019), quedas (BRIGGS; KENNELLY;

KENNY, 2018; KEVELDE *et al.*, 2015) e uso de medicamentos. (SANTIAGO; MATTOS, 2014). Além do mais, pessoas com depressão apresentam baixa autoestima e um maior número de hábitos não saudáveis como tabagismo, etilismo e sedentarismo (MALTA; SZWARCOWALD, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019b).

Estudos epidemiológicos têm encontrado associação entre depressão e obesidade (MULUGETA *et al.*, 2018; ZAVALA *et al.*, 2018), indivíduos obesos apresentam um estado inflamatório crônico de baixo grau (BORGES, 2018). Existem pesquisas que não encontraram nenhuma associação (COEN *et al.*, 2007; XIANG; AN, 2015), outras sugerem uma associação positiva (LUO *et al.*, 2018; MULUGETA *et al.*, 2018), enquanto alguns mostraram uma associação inversa (obesidade associada a menor risco de depressão) (KIM *et al.*, 2014; LI *et al.*, 2004) ou uma associação em forma de U, ou seja, tanto estar abaixo do peso quanto ser obeso poderiam ter um impacto significativo na depressão (WIT *et al.*, 2009; KIM *et al.*, 2014; MULUGETA *et al.*, 2018). Esses resultados controversos podem ocorrer devido às características da população (etnia, raça, idade, sexo, culturais) (MARGARET *et al.*, 2013) ou em relação às diferentes medidas usadas para definir obesidade, ou seja, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), relação cintura-quadril (RCQ) (ZAVALA *et al.*, 2018; LUO *et al.*, 2018). A depressão e a obesidade apresentam-se como problemas sérios de saúde pública, por isso, é necessário realizar estudos que contribuam para elucidar a relação existente entre essas comorbidades.

A associação entre sono e sintomas depressivos foi observada em diversos estudos (GUIMARÃES *et al.*, 2019; XIE *et al.*, 2021). A curta duração do sono esteve associada a altas taxas de sintomas depressivos (XIE *et al.*, 2021), pois o sono de má qualidade e os distúrbios de sono podem impactar de forma negativa na vida do idoso prejudicando tanto o desempenho das atividades de vida diária quanto a sua saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Idosos com sono prolongado à noite apresentam menor probabilidade de desenvolver sintomas depressivos do que aqueles com sono curto (WEN *et al.*, 2019). Entretanto, a interação entre sono e sintomas depressivos é multifacetada (XIE *et al.*, 2021), pois os sintomas depressivos podem causar e exacerbar distúrbios do sono em idosos, e até mesmo apresentar-se como um fator de risco para distúrbios do sono (ICHIMORI; TSUKASAKI; KOYAMA, 2015).

A autopercepção de saúde pior é uma variável associada com a ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2019). Apesar de ser um indicador subjetivo, a autopercepção de saúde é amplamente utilizada nos estudos epidemiológicos e em pesquisas gerontológicas, pois contempla as dimensões

biológica, psíquica e social (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; MACIEL; GUERRA, 2006), e seu uso justifica-se por sua robustez e consistência na predição de eventos de morbimortalidade (GUIMARÃES *et al.*, 2019; LIMA-COSTA *et al.*, 2007).

A polifarmácia é uma condição muito frequente de ser observada nos indivíduos à medida que vão envelhecendo e apresentam multimorbidades (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A repercussão do uso excessivo de medicamentos pode acarretar diversos desfechos negativos a saúde do idoso como ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas, quedas, fraturas, bem como um aumento na taxa de hospitalizações (CARNEIRO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

As quedas apresentam-se como uma das causas mais importantes de comprometimento funcional, perda de independência e mortalidade entre idosos (NAMKEE *et al.*, 2019). Os adultos mais velhos que caem passam a ter medo de cair novamente, o que pode desencadear em restrições das atividades diárias e maiores prejuízos no equilíbrio e na marcha, aumentando o risco de isolamento social e de sofrer mais quedas. Por isso, a queda pode ter um grande impacto na vida do idoso, gerando incapacidade, e resultando em piora na qualidade de vida e na mortalidade (NAMKEE *et al.*, 2019; OUYANG; SUN, 2018). Uma metanálise exploratória com idosos encontrou que a chance de queda em indivíduos com TDM é quatro vezes maior (STUBBS *et al.*, 2016). Estudos anteriores observaram uma relação bidirecional entre quedas e sintomas depressivos, sugerindo que a queda pode resultar em sintomas depressivos e, por sua vez, os sintomas depressivos são um fator de risco significativo para os acidentes por queda, que podem ocasionar muitos problemas de saúde (BRIGGS; KENNELLY; KENNY, 2018; KEVELDE *et al.*, 2015). Lesões e incapacidades relacionadas às quedas são acontecimentos estressantes que predisõem o aparecimento de sintomas depressivos (NAMKEE *et al.*, 2019). Já em pessoas com sintomas depressivos o risco de quedas pode ser maior, porque o uso de medicamentos antidepressivos, e de medicamentos ansiolíticos/sedativos, prejudicam a marcha, o equilíbrio e a força dos idosos (PRIZER *et al.*, 2015; GEBARA *et al.*, 2015; HULL; KNEEBONE; FARQUHARSON, 2013). Nesse sentido, os inibidores seletivos de recaptção da serotonina apresentam efeitos indesejados menores comparados às outras classes de antidepressivos, por isso são preferidos para o tratamento da depressão em idosos (KHOURI; SANTOS, 2019). Os profissionais da saúde devem atuar junto aos adultos de meia idade e idosos aplicando instrumentos com a finalidade de rastrear os sintomas depressivos, tais como a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG-15) (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005), o *Centers for Epidemiologic Studies - Depression* (CES-D) (RADLOF, 1977), Escala de



Depressão de Hamilton (HAM-D) (FREIRE *et al.*, 2014) e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (OSÓRIO *et al.*, 2009), bem como ofertar orientações voltadas à prevenção de quedas, o que pode impactar de forma positiva na redução da morbimortalidade (NAMKEE *et al.*, 2019; OUYANG; SUN, 2018, GONÇALVES *et al.*, 2018).

A depressão é considerada fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas, ou como consequência o agravo da doença, causando incapacidade, piora na qualidade de vida e aumento nas taxas de mortalidade (SILVA *et al.*, 2017). O impacto do diagnóstico de uma doença crônica influencia no estado emocional, provocando desconforto e insatisfação, visto que a condição exige um tratamento complexo e de longa duração refletindo em toda a rede social na qual a pessoa está inserida (SILVA, 2018).

Frequentemente, possui relação de causa-consequência com outras patologias crônicas, como infarto agudo do miocárdio (IAM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* (DM) e câncer, que, por sua vez, elevam a probabilidade de depressão (ARAGÃO *et al.*, 2019). Similarmente a depressão é considerada um fator de risco cardiovascular, elevando o risco relativo de doença arterial coronariana, tal como as taxas de morbimortalidade cardiovascular (PORTO; SILVA; SOUGEY, 2019).

Estudos apontam que indivíduos diagnosticados com TD tendem a ter um maior consumo de álcool, no qual os homens, em contraste às mulheres, exibem maior consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas quando encontram-se deprimidos, demonstrando esta ser uma estratégia de enfrentamento exteriorizado, enquanto as mulheres tendem a interiorizar os sintomas e a manifestarem a tristeza de maneira padrão (LIMA *et al.*, 2020).

Estudos atuais indicam que hábitos saudáveis são essenciais para ter uma boa saúde mental (TEYCHENNE *et al.*, 2020; FURIHATA *et al.*, 2018). Vários fatores relacionados ao estilo de vida são conhecidos por apresentarem associação com a depressão, dentre eles a inatividade física (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016), o consumo de álcool (XIE *et al.*, 2021; GAO *et al.*, 2009) e o tabagismo (XIE *et al.*, 2021; TAHERI; MORADINAZAR; NAJAFI, 2017).

A prática da atividade física é considerada um fator protetor para transtornos mentais como a depressão (TEYCHENNE *et al.*, 2020). Vários estudos sugerem que a falta de atividade física está associada a maior prevalência de sintomas depressivos (FURIHATA *et al.*, 2018; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Uma metanálise de estudos clínicos encontrou que os exercícios melhoraram significativamente os sintomas de pacientes depressivos (STUBBS *et al.*, 2016). A relação biológica entre atividade física e depressão ainda não está clara e há

várias explicações. Uma delas é que a atividade física afeta o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que regula a resposta fisiológica ao estresse (KANDOLA *et al.*, 2019).

Alguns estudos mostram que há associação entre consumo de álcool e sintomas depressivos (XIE *et al.*, 2021; GAO *et al.*, 2009). Resultados do *China Health and Retirement Longitudinal Study* (CHARLS) realizado com 5791 participantes, evidenciaram que o consumo de álcool estava associado a pontuações mais baixas de sintomas depressivos. Tal achado pode ser explicado pela relação existente entre o consumo moderado de álcool e um estilo de vida mais sociável do idoso (XIE *et al.*, 2021). A maior participação em atividades sociais esteve associada a uma boa saúde mental, ou seja, a ter menos sintomas depressivos, entre idosos residentes na comunidade (DAI *et al.*, 2019). Já Tsai e colaboradores (2013) observaram que o consumo abusivo de álcool está associado com o aumento dos sintomas depressivos. Há evidências que sugerem associação em forma de J ou U entre o consumo de álcool e sintomas depressivos entre os idosos, ou seja, enquanto o consumo moderado de álcool pode levar à redução dos níveis de sintomas depressivos, o consumo abusivo de álcool é considerado fator de risco (BOTS *et al.*, 2008; YUN; KIM, 2019). Informações mais detalhadas sobre a quantidade ingerida de álcool são necessárias para compreender melhor a associação entre consumo de álcool e sintomas depressivos (GAO *et al.*, 2009).

A associação entre o tabagismo e a depressão foi documentada em muitos estudos, entretanto, em virtude dos achados divergentes precisam ser interpretados com cautela (XIE *et al.*, 2021; TSAI *et al.*, 2013). Um estudo longitudinal encontrou que o hábito de fumar está significativamente associado ao aumento do desenvolvimento de novos sintomas depressivos em taiwaneses mais velhos (TSAI *et al.*, 2013). Lechner e colaboradores (2019) encontraram que a abstinência de tabaco foi associada a sintomas depressivos mais baixos em comparação com uma redução de 50% ou mais no tabagismo, sugerindo que a abstinência tem um benefício psiquiátrico significativo em comparação com qualquer nível de tabagismo continuado. Entretanto, há evidências que fumantes com depressão tendem a usar cigarros para melhorar o humor (RUBIN *et al.*, 2020), isso porque os efeitos da nicotina nos neurotransmissores podem estar associados a essa consequência (STEIN *et al.*, 1998). De forma geral, o tabagismo está associado positivamente com os sintomas depressivos, e a população idosa com sintomatologia depressiva apresentou maior probabilidade de relatar tabagismo (XIE *et al.*, 2021). Fumar pode causar alterações ou danos cerebrovasculares e esses problemas vasculares, subsequentemente, podem originar um leve comprometimento cognitivo ou sintomas vasculares depressivos (TSAI *et al.*, 2013).

A participação em atividades prazerosas, como ler, ouvir música, assistir televisão, reunião com amigos, passear e principalmente a prática de atividades físicas, tem sido reportada como uma forma eficiente para melhora depressão, devido ao bem-estar psicológico promovido pela influência mútua ou pela formação e acolhida de redes com relações afetivas estabelecidas (RAMOS *et al.*, 2019).

### **Prevalência de solidão**

As relações sociais fazem parte da vida humana e desempenham um importante papel na saúde e na velhice são muito importantes para se ter qualidade de vida (GE *et al.*, 2017). Estimular a formação de redes de apoio social pode contribuir para aumentar a inclusão social das pessoas mais velhas (ALMEIDA *et al.*, 2020). A solidão não é sinônimo de estar sem outras pessoas por perto (VAN WINKEL *et al.*, 2017). A solidão é um estado emocional doloroso (LEE *et al.*, 2021) e por isso impacta negativamente na qualidade de vida do indivíduo (RICO-URIBE *et al.*, 2016).

Atualmente, a solidão caracteriza-se como um problema de saúde de caráter epidêmico, acometendo mais frequentemente os idosos (HOLT-LUNSTAD, 2017). Vários fatores estão relacionados como o aumento da prevalência de solidão, tais como o envelhecimento populacional, mudanças no estilo de vida, as redes sociais e de suporte (LARA *et al.*, 2020). A prevalência de solidão crônica ou frequente em Portugal foi estimada em 6,5% para indivíduos com menos de 30 anos, 9,0% para indivíduos entre 30-59 anos e 14,9% para indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos (YANG; VICTOR, 2011). Na Alemanha, os dados de base do *Gutenberg Health Study* (GHS) coletados entre abril de 2007 e abril de 2012 (n = 15.010; 35–74 anos) encontrou que 10,5% dos participantes relataram algum grau de solidão (BEUTEL *et al.*, 2017). No Reino Unido, aproximadamente um terço das pessoas com 50 anos ou mais relatam solidão (VICTOR; YANG, 2012), o que pode estar relacionado a diversos fatores como aposentadoria, declínio físico e cognitivo, perda de parceiros e amigos por morte, redes sociais reduzidas e perda de papéis sociais (LEE *et al.*, 2021; VICTOR; YANG, 2012).

Pesquisas realizadas com idosos desde o início da pandemia da COVID-19 apontaram para um aumento da solidão em vários países como Estados Unidos (EMERSON, 2020; KOTWAL *et al.*, 2021), Holanda (VAN TILBURG *et al.*, 2021) e Áustria (STOLZ; MAYERL; FREIDL, 2021). Contudo, existem resultados conflitantes, como aqueles apresentados pelo projeto longitudinal *Health, Aging and Retirement Transitions in Sweden* (HEARTS) realizado na Suécia com idosos mais jovens (com idades entre 65-71 anos), que não encontrou mudança

nos níveis de solidão antes e durante o período de bloqueio imposto pela pandemia (KIVI; HANSSON; BJÄLKEBRING, 2021), achado semelhante ao evidenciado no *UK Household Longitudinal Study* (NIEDZWIEDZ *et al.*, 2021). Algumas das evidências dos estudos sobre a COVID-19 e a solidão precisam ser analisadas com cautela, pois apresentam algumas limitações, como amostragem de conveniência e/ou dados coletados online, o que possivelmente representa menos os idosos mais longevos e aqueles com dificuldade em acessar Internet e sem dispositivos eletrônicos como computador ou celular, e também algumas pesquisas têm o delineamento transversal, dificultando a compreensão dos níveis de solidão na população antes e durante a pandemia (DAHLBERG, 2021).

No Brasil, os estudos que abordam a temática solidão em adultos mais velhos e idosos ainda são escassos (MATA *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2020; FERREIRA; NÍLDILA, 2021). Entre os participantes (n=7.651) da linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)2015–2016, 14,9% dos idosos relataram sentir solitários sempre (NERI *et al.*, 2018). A “Pesquisa Comportamental Brasileira realizada durante a pandemia de COVID-19” com 43.995 adultos brasileiros encontrou uma elevada prevalência de solidão (57,1%) (WERNECK *et al.*, 2021). Romero e colaboradores (2021) com base nos dados da ConVid – Pesquisa de Comportamentos (ConVid) observaram que o sentimento frequente de solidão pelo distanciamento dos amigos e familiares na pandemia foi relatado por metade dos idosos (50,6%). Já uma análise longitudinal do ELSI-Brasil que contou com a participação de 4.431 pessoas com 50 anos ou mais, a prevalência de solidão no cenário pandêmico foi de 23,9%, valor inferior ao encontrado no período da pré-pandemia (32,8%). Isso pode ser justificado, porque durante a pandemia alguns membros da família podiam estar mais em casa, o que favoreceu o convívio social. Além disso, no Brasil também é frequente entre as pessoas com menor renda o arranjo familiar multigeracional, que pode exercer um papel importante para amenizar o sentimento de solidão (TORRES *et al.*, 2021).

Pesquisas sobre solidão apresentam diversas taxas de prevalência o que provavelmente pode ser atribuído às características da amostra do estudo, as diferenças metodológicas (TORRES *et al.*, 2021) ou a heterogeneidade de medidas utilizadas que vão desde itens únicos perguntando “Com que frequência o (a) senhor (a) se sente sozinho ou solitário?” (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010) a escalas amplamente utilizadas, como a escala de solidão UCLA original composta por 20 itens (MATA *et al.*, 2022) ou a *Three-Item Loneliness Scale* (HUGHES *et al.*, 2004).

## **Solidão e fatores associados**

A solidão é um construto complexo e de caráter subjetivo, sendo muitas vezes confundida com isolamento ou abandono (MATA *et al.*, 2022). Traz consequências adversas para o bem-estar, saúde física e mental das pessoas, em especial aquelas que estão em processo de envelhecimento, fazendo-se importante elucidar os possíveis fatores de risco associados à solidão, e assim estabelecer estratégias que possam contribuir para um envelhecimento saudável (MATA *et al.*, 2022; BEUTEL *et al.*, 2017).

Pesquisas sobre solidão têm encontrado associação com idade, sexo e *status* socioeconômico (BEUTEL *et al.*, 2017; COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016). Ao longo da vida a solidão tem apresentado maior prevalência no final da adolescência, diminuindo gradualmente durante a meia idade adulta e, então, aumentando no final da idade adulta, sendo que a solidão aumenta a partir dos 60 anos, com acentuação em pessoas com mais de 80 anos de idade (LUHMANN; HAWKLEY, 2016; BEUTEL *et al.*, 2017; PINQUART; SORENSEN, 2001). A solidão tem sido associada ao sexo feminino, isso porque as mulheres possuem uma maior expectativa de vida do que os homens e, por isso, podem ser mais sujeitas a experimentar perdas em sua rede de convívio. Além disso, as mulheres são mais propensas a admitir seus sentimentos, o que pode ajudar a explicar os maiores níveis de solidão relatados (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016).

Estudos que avaliam o *status* socioeconômico encontram uma associação negativa com a solidão (BEUTEL *et al.*, 2017; COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016). A baixa renda limita a capacidade do indivíduo em participar das atividades sociais, o que pode levar à redução dos contatos sociais, e os recursos financeiros escassos também podem afetar a solidão por meio do impacto na autoestima e autoeficácia (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016).

Dahlberg e colaboradores (2022) em uma revisão sistemática de pesquisas longitudinais que avaliou os fatores de risco para a solidão em adultos mais velhos, encontraram associação consistente para alguns fatores de risco: não ser casado ou ter perdido o companheiro; rede social limitada; baixo nível de atividade social; autopercepção de saúde precária; e depressão/humor deprimido. Beutel e colaboradores (2017) observaram que viver sem companheiro teve um impacto mais forte nas mulheres mais jovens (abaixo de 45 anos) e nos homens de meia-idade (entre 45 e 64 anos). Indivíduos que não têm um companheiro relatam sentirem-se mais sozinhos, isso pode ser devido à falta ou perda do apoio fornecido por um parceiro como um confidente com quem compartilhar pensamentos e sentimentos íntimos (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016). Uma revisão sistemática evidenciou por análises

bivariadas que alguns fatores que reduziram o risco de solidão foram o maior número de contatos sociais e de relacionamentos próximos, embora não tenha sido encontrada nenhuma associação nas análises multivariadas (DAHLBERG *et al.*, 2022). No geral, a qualidade das relações sociais de uma pessoa é um preditor mais forte de solidão do que a quantidade de contatos sociais (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016). Os relacionamentos pessoais proporcionam suporte social e oportunidades para comunicação recíproca e faz com que o indivíduo se sinta valorizado. Já o convívio com a comunidade desenvolve um sentimento de pertença; a pessoa passa a participar e colaborar com as atividades realizadas na sociedade oferece oportunidades para contribuir e se envolver com ideias (CZAJA; MOXLEY; ROGERS, 2021).

A solidão tem uma relação forte e consistente com a depressão, os sintomas depressivos e a saúde mental (PINQUART; SORENSEN, 2003; COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016; GE *et al.*, 2017; GONYEA *et al.*, 2018; HARRY *et al.*, 2020). Ademais, tem sido considerada fator de risco para sintomas depressivos, pois está associada a desfechos negativos na saúde como declínio cognitivo e aumento do risco de mortalidade (FAISCA *et al.*, 2019). Dados do *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), realizado com adultos na faixa etária de 50 anos ou mais, mostraram que independentemente de outras experiências sociais, os maiores escores de solidão no início do estudo foram associados a maiores escores de gravidade dos sintomas de depressão durante 12 anos de acompanhamento, sugerindo que intervenções que reduzem a solidão podem prevenir ou reduzir os sintomas depressivos ou torná-los menos graves em adultos mais velhos (LEE *et al.*, 2021). As relações entre solidão e sintomas depressivos são recíprocas, e ambos os construtos estão intimamente relacionados, entretanto são distintos (BEUTEL *et al.*, 2017).

Como a solidão é um fator de risco para a saúde, e atualmente está bem estabelecido na literatura que traz consequências negativas para a saúde (ROMERO *et al.*, 2021), é fundamental desenvolver estratégias de intervenção eficazes para avaliar melhor a solidão no âmbito da APS, conhecendo sua prevalência e compreendendo quais são os fatores que estão relacionados com o seu aparecimento (CZAJA; MOXLEY; ROGERS, 2021). Embora enfrentar a solidão de forma eficaz seja uma tarefa complexa, ela tem um potencial importante para reduzir morbimortalidade em adultos mais velhos e melhorar a sua qualidade de vida (LEE *et al.*, 2021). Pesquisas nessa área devem ser vistas como uma prioridade de saúde pública (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016).

---

## OBJETIVOS

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GERAL**

Avaliar os sintomas depressivos e a solidão em adultos mais velhos e idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de Três Lagoas/MS.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a população de adultos mais velhos e idosos participantes do estudo.
- Identificar os fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos, em um período médio de dois anos, antes e durante a pandemia.
- Conhecer a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos residentes na comunidade durante a pandemia da COVID-19.



---

## RESULTADOS

## **RESULTADOS**

Artigo 1: Fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos comunitários, formato segundo às normas da Revista de Saúde Pública.

Artigo 2: Fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos da comunidade durante a pandemia da COVID-19, formato segundo às normas da revista Acta Paulista de Enfermagem.

## ARTIGO 1

### Fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos comunitários

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar os fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos, em um período médio de dois anos, antes e durante a pandemia.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo e analítico, realizado com 91 adultos (45-59 anos) e 110 idosos ( $\geq 60$  anos) cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de Três Lagoas-MS. A coleta de dados ocorreu em um período médio de dois períodos, antes e durante a pandemia de COVID-19, sendo, respectivamente, o período de novembro de 2018 e junho de 2019 (T0 antes), e de fevereiro a dezembro de 2021 (T1 durante). Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais e a *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) para a sintomatologia depressiva. A análise de dados se deu por estatística simples e descritiva. Estabeleceram-se modelos de regressão logística para cada variável independente, e os desfechos surgimento de sintomas depressivos e piora no escore da CES-D. E, permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,05$ .

**RESULTADOS:** A prevalência de sintomas depressivos entre os participantes foi de 55,2% (IC95%: 48,3% - 62,1%) na linha de base (T1) e de 51,7% (IC95%: 44,8% - 58,6%) na primeira onda (T2). A chance de surgimento de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os homens (OR=2,20, IC95%: 1,02-4,74), pessoas com renda familiar menor que um salário mínimo (OR=3,37, IC95%: 1,22-9,26), com mais de quatro anos de estudo (OR=2,65, IC95%: 1,16-6,04) e que utilizavam menos medicamentos (OR=6,43, IC95%: 1,35-30,56). Já a chance de aumento no escore da sintomatologia depressiva foi significativamente maior entre os participantes que utilizavam menos medicamentos (OR=4,12, IC95%: 1,46-11,62), fisicamente ativos (OR: 2,18, IC95%: 1,20-3,98) e que não participam de grupos sociais (OR: 2,10, IC95%: 1,15-3,83).

**CONCLUSÃO:** Os fatores que influenciaram no surgimento e na piora da sintomatologia depressiva apontam para aspectos sociodemográficos, comportamentais e a utilização de medicamentos. Tais achados precisam ser considerados em futuras intervenções voltadas a prevenir e tratar os sintomas depressivos em adultos de meia idade e idosos.

**DESCRITORES:** Envelhecimento. Saúde mental. Sintomas depressivos. Epidemiologia. Fatores de risco.

## INTRODUÇÃO

De etiologia ainda não completamente elucidada, o transtorno depressivo se caracteriza por um conjunto multifatorial determinado por uma interação complexa de fatores socioeconômicos, psicológicos, biológicos culturais, familiares, e pela associação com diversas doenças (WHO, 2021). Este transtorno pode piorar a vida do indivíduo, acarretando intenso sentimento de desconforto e sofrimento, não conseguindo mais usufruir de situações e eventos antes considerados prazerosos para o indivíduo, por vivenciar sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda, irritação, desamparo e pessimismo excessivo (CANTILINO; MONTEIRO, 2017).

O envelhecimento acontece de modo singular e complexo e não configura sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais. A velhice bem-sucedida é associada à boa saúde física e mental, atividade e envolvimento com a vida (VIEIRA *et al.*, 2016). Entretanto, diversos fatores contribuem para desencadear uma situação de vulnerabilidade deixando as pessoas que estão envelhecendo mais propensas a apresentarem sintomas depressivos (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018), como declínio funcional e cognitivo, perda da autonomia e independência, privação do papel social, improdutividade, isolamento, carência afetiva, frustrações, sentimento de culpa e de inutilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Em 2020, o surgimento da pandemia da COVID-19 impactou na saúde mental da população, desencadeando um aumento estimado de 25% na prevalência da depressão em todo o mundo (WHO, 2022). Resultados de uma revisão sistemática evidenciaram que esse incremento na prevalência de transtorno depressivo durante o ano de 2020 foi associado ao aumento das taxas de infecção por SARS-CoV-2 e à diminuição da mobilidade humana (COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2021). O aumento dos problemas de saúde mental coincidiu com a interrupção abrupta dos serviços de saúde, especialmente nessa área, resultando em lacunas de atendimento às pessoas que mais precisavam (WHO, 2022).

A depressão é um problema de saúde pública, devido à sua elevada prevalência e por ser uma das principais causas de incapacidade no mundo (SOUZEDO *et al.*, 2020). Estudos conduzidos em diferentes países verificaram prevalências de sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos, e os valores variaram entre 27,88% a 55,5% (RAHMAN *et al.*, 2020; GUO *et al.*, 2021; XIE *et al.*, 2021). Pesquisas realizadas no Brasil apontam, de modo geral,

entre 14,2% a 38,2% a prevalência de sintomas de depressão em idosos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; LAMPERT; FERREIRA, 2018; MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019). É importante mencionar que as variações em tais índices podem decorrer do número de indivíduos estudados, dos contextos nos quais vivem e dos vários métodos utilizados para avaliação, com diferentes pontos de corte para caracterizar a sintomatologia, o que dificulta a comparação de resultados pontuais (LAMPERT; FERREIRA, 2018).

Diversas pesquisas abordam os fatores mais comumente relacionados com a presença de sintomas depressivos (FURIHATA *et al.*, 2018; MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018; CORRÊA *et al.*, 2020; XIE *et al.*, 2021 OLIVEIRA *et al.*, 2019, GUIMARÃES *et al.*, 2019, SILVA *et al.*, 2019). Dentre eles, encontram-se condições socioeconômicas desfavoráveis, uma vez que isso pode culminar em ter autoavaliação da saúde negativa, menor reserva emocional para lidar com situações de crise e não ter rede de apoio satisfatória (XIE *et al.*, 2021). Verificou-se a associação entre sintomas depressivos com apresentar dependência para as atividades básicas de vida diária e percepção de disfuncionalidade familiar (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018). Não obstante, mulheres, indivíduos com doenças crônicas e que fazem uso contínuo de medicamentos também se relacionam mais predominantemente à sintomatologia depressiva (CORRÊA *et al.*, 2020). Soma-se a isso, idade avançada, não ter companheiro, baixa escolaridade, distúrbios de sono (XIE *et al.*, 2021), dieta mal equilibrada e sedentarismo (FURIHATA *et al.*, 2018).

A presença e a piora de tais sintomas pode ter implicações importantes e afetar significativamente fatores como qualidade de vida, funcionalidade física e mental, afetividade, motivação, independência e autonomia, elevar o risco de suicídio e de desenvolvimento de processos demenciais e aumentar os índices de hospitalizações e de mortalidade (LAMPERT; FERREIRA, 2018). Vale ressaltar, ainda, que a sintomatologia depressiva pode se manifestar discretamente com disforia e sintomas somáticos, estando associada negativamente à saúde de idosos (MENEGUCI *et al.*, 2019).

Contudo, apesar da gama de implicações dos sintomas depressivos na população, não raras vezes, eles são negligenciados e subdiagnosticados em até 50% dos casos na atenção primária à saúde, por serem considerados consequências naturais do envelhecimento. Parte dessa problemática decorre da associação entre o despreparo de alguns profissionais, o uso de escalas de mensuração e rastreamento sem confiabilidade e devido à variedade de métodos utilizados (LAMPERT; FERREIRA, 2018), o que dificulta o diagnóstico de sintomatologias as quais

podem ser expressas pelos pacientes sob a forma de queixas físicas como fadiga, sono e falta de apetite (SOUSA *et al.*, 2017).

Ademais, a orientação às pessoas em geral sobre os sinais e sintomas que caracterizam a depressão é um instrumento de prevenção importante, uma vez que o conhecimento dos sintomas iniciais do estado depressivo pode levar o paciente e seus familiares a buscar ajuda profissional, antes da piora do transtorno (JORGETTO; MARCOLAN, 2021), e assim possibilitar intervenções precoces e efetivas, prevenção baseada nos fatores de risco e contribuir para uma assistência à saúde de qualidade (LIMA *et al.*, 2016).

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pela relevância de conhecer as variações da prevalência e do escore de sintomas depressivos e os fatores associados em adultos mais velhos e idosos, ao longo do tempo, a fim de subsidiar intervenções, programas de prevenção e ações de promoção da saúde, resultando na redução de desfechos negativos, como o abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência, a ideação suicida, a tentativa e a morte por suicídio. Assim, este estudo teve como objetivo identificar os fatores associados ao surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos, em um período médio de dois anos, antes e durante a pandemia.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de longitudinal prospectivo e analítico, desenvolvido com adultos mais velhos (45-59 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos) cadastrados em nove Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de Mato Grosso do Sul. A cidade contava com uma população estimada de 125.137 habitantes em 2021 (IBGE, 2021).

O tamanho da amostra na linha de base (T0) foi calculado utilizando a fórmula de estimativa de proporção em população finita. Foi utilizado um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e o erro amostral de 6% ( $e = 0,06$ ), e a estimativa conservadora de 50% ( $p = 0,50$ ), cujo valor fornece o maior tamanho amostral. Considerando população finita de  $N = 26.331$ , correspondente ao total de indivíduos acima de 45 anos no município de acordo com o Censo de 2010, obteve-se uma amostra mínima de  $n = 265$  indivíduos. Para atenuar possíveis perdas, acrescentou-se 10% ao total da amostra, resultando em 292 participantes. Porém, no decorrer da coleta foram entrevistados 300 indivíduos, o que resultou em um erro amostral de 5,63%.

Os participantes foram localizados por meio de uma lista com os nomes e endereços que foi fornecida pelas equipes das unidades da USF, e foram selecionados de maneira aleatória. A coleta de dados, na linha de base, ocorreu entre novembro de 2018 e junho de 2019. Foram

definidos como critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 45 anos e ser cadastrado nas USF do município. Foram excluídos os usuários com transtornos mentais ou doenças que impossibilitassem a resposta ao questionário, tais como alterações cognitivas e de comunicação. Na ocasião foram entrevistados 300 participantes, sendo 147 adultos (45-59 anos) e 153 idosos ( $\geq 60$  anos). Para realizar as avaliações de acompanhamento, a primeira onda do estudo (T1) ocorreu entre os meses de fevereiro a dezembro de 2021.

Durante a reavaliação na primeira onda (T1) 19 recusaram participar, 24 não foram encontradas no domicílio após três tentativas em dias e horários diferentes, 19 endereços não foram encontrados por desatualização de cadastro, 23 mudaram de cidade e 14 faleceram, o que resultou em uma amostra de  $n=201$  participantes (taxa de resposta 67,0%), sendo 91 adultos e 110 idosos. O tempo médio de acompanhamento entre T0 e T1 foi de 2,4 anos (ou 876 dias) após a avaliação na linha de base (T0).

As entrevistas foram realizadas por avaliadores treinados, no domicílio dos participantes entrevistados e duraram em média 40 minutos. Foram consideradas perdas as pessoas que recusaram participar, aquelas que não foram encontradas no domicílio após três tentativas em dias e horários diferentes, os endereços não encontrados por desatualização cadastral, as que mudaram de cidade e as que faleceram.

A variável dependente do estudo foi a sintomatologia depressiva (surgimento de sintomas depressivos e aumento no escore de sintomas depressivos) avaliada por meio da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), que foi elaborada pelo *National Institute of Mental Health* (EUA) para avaliar sintomas depressivos (RADLOF, 1977). Foi validada no Brasil em populações de adolescentes e adultos (SILVEIRA; JORGE, 1998) e em idosos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). O instrumento possui 20 itens com variação de 0 a 3 pontos cada um e correspondem a avaliação da frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre), incluindo questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. A pontuação final varia de zero a 60 pontos. Para adultos, a nota de corte para a presença de sintomas depressivos é pontuação  $\geq 16$  pontos, e para idosos a pontuação é  $\geq 12$  pontos (SILVEIRA; JORGE, 1998; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). Para análise de dados, utilizou-se a sintomatologia depressiva avaliada nos dois momentos de coleta dos dados (linha de base e primeira onda).

As variáveis independentes deste estudo foram consideradas aquelas coletadas na linha de base:

Sociodemográficas: idade (45–59 anos/  $\geq$  60 anos); sexo (masculino/ feminino); renda familiar ( $\geq$  1 salário mínimo/  $<$  1 salário mínimo), escolaridade (0-4 anos/  $>$  4 anos); e estado civil (com companheiro/ sem companheiro).

Características de saúde: autoavaliação da saúde (muito boa/ boa; regular; ruim/ muito ruim); transtorno de sono— avaliado pela questão: “Você possui algum transtorno do sono?”- (não/ sim); queda no último ano (não/ sim). A obesidade foi avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que corresponde ao cálculo do peso(kg)/altura(m)<sup>2</sup>. Foram considerados obesos os adultos com  $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$  e os idosos com valores  $\geq 27\text{kg/m}^2$ , de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Para avaliar a polifarmácia foi questionado o número de medicamentos de uso contínuo que o participante tomava por dia. Foi considerada polifarmácia o uso de cinco ou mais medicamentos (MASNOON *et al.*, 2017).

Comportamentais: tabagismo (não/ sim); participação em grupos sociais (não/ sim). A atividade física foi avaliada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta. Foi validado no Brasil para ser aplicado em adultos (MATSUDO *et al.*, 2001) e idosos (BENEDETTI *et al.*, 2007). Os participantes foram classificados em: ativo (pelo menos 150 minutos de atividade moderada por semana e/ ou 75 minutos de atividade vigorosa) e insuficientemente ativo (quando não atingisse o tempo acima mencionado).

Os dados foram inseridos em dupla entrada no *Microsoft Office Excel*<sup>TM</sup> e em seguida foi realizada a validação e conferência dos dados. As análises foram realizadas com auxílio do programa R e com nível de significância de 5%. Inicialmente foram realizadas análises descritivas de todos os dados com frequências absolutas e relativas. Foram então calculadas as prevalências de sintomas depressivos nos dois momentos de coleta dos dados, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. A seguir foram estimados modelos de regressão logística simples para cada variável independente e os desfechos (surgimento de sintomas depressivos e aumento no escore de sintomas depressivos). Todas as variáveis que tiveram  $p < 0,20$  nas análises individuais (brutas) foram testadas nos modelos de regressão logística múltipla. Os modelos finais foram compostos pelas variáveis que permaneceram com  $p \leq 0,05$  após os ajustes para as demais variáveis. O grau de associação entre as variáveis independentes e os desfechos foi avaliado pelos *odds ratios*. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul na linha de base (T0) por meio do parecer consubstanciado de nº 2.596.194 e na avaliação longitudinal (T1) pelo parecer nº 4.467.405.



Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias para participação no estudo.

## RESULTADOS

Participaram do estudo na linha de base (T0) 300 indivíduos. A prevalência de sintomas depressivos entre os adultos mais velhos e idosos foi de 55,2% (IC95%: 48,3% - 62,1%) na linha de base (T0) e de 51,7% (IC95%: 44,8% - 58,6%) na primeira onda (T1) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Prevalência (intervalo de confiança) de sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos comunitários, nos dois momentos de avaliação (n=201). Três Lagoas/MS, Brasil.

Avaliação	Prevalência, % (IC95%)
Linha de base (2018/ 2019)	55,2 (48,3 - 62,1)
Primeira onda (2021)	51,7 (44,8 - 58,6)

Observa-se na Tabela 2 que 24,9% da amostra não apresentava sintomas depressivos na primeira avaliação e passou a apresentar na segunda avaliação.

**Tabela 2.** Distribuição da amostra de acordo com a presença de sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos comunitários, nos dois momentos de avaliação (n=201). Três Lagoas/MS, Brasil.

Linha de base (2018/ 2019)	Primeira onda (2021)	Frequência, n (%)
Sem sintoma	Sem sintoma	40 (19,9)
Sem sintoma	Com sintoma	50 (24,9)
Com sintoma	Com sintoma	54 (26,9)
Com sintoma	Sem sintoma	57 (28,4)

Na Tabela 3 observa-se que 53,7% da amostra apresentou diminuição no escore de sintomas depressivos entre as avaliações e 44,8% tiveram aumento no escore.

**Tabela 3.** Distribuição da amostra de acordo com a alteração nos escores de sintomas depressivos, entre os dois momentos de avaliação, em adultos mais velhos e idosos comunitários (n=201). Três Lagoas/MS, Brasil.

Avaliação de sintomas depressivos	Frequência, n (%)
Diminuição no escore	108 (53,7)
Sem alteração	3 (1,5)
Aumento no escore	90 (44,8)

Na tabela 4 pode-se observar que a chance de surgimento de sintomas depressivos é significativamente maior entre os homens (OR=2,20, IC95%: 1,02-4,74), pessoas com renda familiar menor que um salário mínimo (OR=3,37, IC95%: 1,22-9,26), com mais de quatro anos de estudo (OR=2,65, IC95%: 1,16-6,04) e que utilizam menos medicamentos (OR=6,43, IC95%: 1,35-30,56).

**Tabela 4.** Análises (brutas e ajustadas) das associações com o surgimento de sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos comunitários (n=201). Três Lagoas/MS, Brasil.

Variável	Categoria	n (%)	Surgimento de sintomas depressivos		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			Não	*Sim		
			n (%)	n (%)		
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade	45-59 anos	91 (45,3)	64 (70,3)	27 (29,7)	Ref	-
	≥60 anos	110 (54,7)	87 (79,1)	23 (20,9)	0,63 (0,33-1,19)	
Sexo	Masculino	68 (33,8)	46 (67,6)	22 (32,4)	1,79 (0,93-3,46)	2,20 (1,02-4,74)
	Feminino	133 (66,2)	105 (79,0)	28 (21,0)	Ref	Ref
Renda familiar	≥ 1 Salário mínimo	143 (71,1)	109 (76,2)	34 (23,8)	Ref	Ref
	< 1 Salário mínimo	27 (13,4)	17 (63,0)	10 (37,0)	1,89 (0,79-4,50)	3,37 (1,22-9,26)
	Sem informação	31 (15,4)	25 (80,6)	6 (19,4)	-	-
Escolaridade	0 – 4 anos	89 (44,3)	72 (80,9)	17 (19,1)	Ref	Ref
	> 4 anos	112 (55,7)	79 (70,5)	33 (29,5)	1,77 (0,91-3,44)	2,65 (1,16-6,04)
Estado civil	Sem companheiro	89 (44,3)	73 (82,0)	16 (18,0)	Ref	-
	Com companheiro	112 (55,7)	78 (69,6)	34 (30,4)	1,99 (1,01-3,90)	
<b>Características de saúde</b>						
Autoavaliação da saúde	Muito boa/boa	105 (52,2)	73 (69,5)	32 (30,5)	Ref	-
	Regular	74 (36,8)	58 (78,4)	16 (21,6)	0,63 (0,32-1,26)	
	Ruim/muito ruim	22 (11,0)	20 (90,9)	2 (9,1)	0,23 (0,05-1,03)	
Obesidade	Não	97 (48,3)	75 (77,3)	22 (22,7)	Ref	-
	Sim	98 (48,8)	70 (71,4)	28 (28,6)	1,36 (0,71-2,60)	
	Sem informação	6 (3,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	-	
Transtorno de sono	Não	114 (56,7)	84 (73,7)	30 (26,3)	Ref	-
	Sim	87 (43,3)	67 (77,0)	20 (23,0)	0,84 (0,44-1,60)	
Polifarmácia	Não	175 (87,1)	127 (72,6)	48 (27,4%)	4,54 (1,03-19,93)	6,43 (1,35-30,56)
	Sim	26 (12,9)	24 (92,3)	2 (7,7)	Ref	Ref

Variável	Categoria	n (%)	Surgimento de sintomas depressivos		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			Não	*Sim		
			n (%)	n (%)		
Queda	Não	138 (68,7)	99 (71,7)	39 (28,3)	Ref	-
	Sim	63 (31,3)	52 (82,5)	11 (17,5)	0,54 (0,25-1,14)	
<b>Comportamentais</b>						
Atividade física	Insuficientemente ativo	121 (60,2)	95 (78,5)	26 (21,5)	0,64 (0,34-1,22)	-
	Ativo	80 (39,8)	56 (70,0)	24 (30,0)	Ref	
Tabagismo	Não	162 (80,6)	121 (74,7)	41 (25,3)	Ref	-
	Sim	39 (19,4)	30 (76,9)	9 (23,1)	0,88 (0,39-2,02)	
Participa de grupos sociais	Não	79 (39,3)	59 (74,7)	20 (25,3)	1,04 (0,54-2,00)	-
	Sim	122 (60,7)	92 (75,4)	30 (24,6)	Ref	

\*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: *Odds Ratio*. IC: Intervalo de confiança. <sup>1</sup>Salário mínimo vigente no momento da pesquisa= R\$998,0. AIC (modelo vazio) =196,42; AIC (modelo final) =187,70.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das análises de associação com o aumento no escore de sintomas depressivos. Observa-se que a chance de aumento nos escores é significativamente maior entre os participantes que utilizam menos medicamentos (OR=4,12, IC95%: 1,46-11,62) (OR=4,12, IC95%: 1,46-11,62), fisicamente ativos (OR: 2,18, IC95%: 1,20-3,98) e que não participam de grupos sociais (OR: 2,10, IC95%: 1,15-3,83). Entre os participantes que utilizam menos medicamentos, 48,6% tiveram aumento no escore, já entre os com polifarmácia, essa porcentagem foi de 19,2%. Entre os participantes ativos, 55,0% tiveram aumento, já entre os demais essa porcentagem foi de 38,0%. Entre os indivíduos que não participavam de atividades de grupos sociais, 54,4% tiveram aumento e entre os que participam essa porcentagem foi de 38,5%.

**Tabela 5.** Análises (brutas e ajustadas) das associações com o aumento no escore de sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos comunitários (n=201). Três Lagoas/MS, Brasil.

Variável	Categoria	n (%)	Aumento no escore de sintomas depressivos		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			Não	*Sim		
			n (%)	n (%)		
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade	45-59 anos	91 (45,3)	51 (56,0)	40 (44,0)	Ref	-
	≥60 anos	110 (54,7)	60 (54,5)	50 (45,5)	1,06 (0,61-1,86)	
Sexo	Masculino	68 (33,8)	33 (48,5)	35 (51,5)	1,50 (0,84-2,71)	-
	Feminino	133 (66,2)	78 (58,6)	55 (41,4)	Ref	
Renda familiar	≥ 1 Salário mínimo	143 (71,1)	76 (53,1)	67 (46,9)	Ref	-
	< 1 Salário mínimo	27 (13,4)	13 (48,1)	14 (51,9)	1,22 (0,54-2,78)	
	Sem informação	31 (15,4)	22 (71,0)	9 (29,0)	-	
Escolaridade	0 – 4 anos	89 (44,3)	53 (59,6)	36 (40,4)	Ref	-
	> 4 anos	112 (55,7)	58 (51,8)	54 (48,2)	1,37 (0,78-2,41)	
Estado civil	Sem companheiro	89 (44,3)	54 (60,7)	35 (39,3)	Ref	-
	Com companheiro	112 (55,7)	57 (50,9)	55 (49,1)	1,49 (0,85-2,62)	
<b>Características de saúde</b>						
Autoavaliação da saúde	Muito boa/boa	105 (52,2)	52 (49,5)	53 (50,5)	Ref	-
	Regular	74 (36,8)	43 (58,1)	31 (41,9)	0,71 (0,39-1,29)	
	Ruim/muito ruim	22 (11,0)	16 (72,7)	6 (27,3)	0,37 (0,13-1,01)	
Obesidade	Não	97 (48,3)	55 (56,7)	42 (43,3)	Ref	-
	Sim	98 (48,8)	51 (52,0)	47 (48,0)	1,21 (0,69-2,12)	
	Sem informação	6 (3,0)	5 (83,3)	1 (16,7)	-	
Transtorno de sono	Não	114 (56,7)	58 (50,9)	56 (49,1)	Ref	-
	Sim	87 (43,3)	53 (60,9)	34 (39,1)	0,66 (0,38-1,17)	

Variável	Categoria	n (%)	Aumento no escore de sintomas depressivos		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			Não	*Sim		
			n (%)	n (%)		
Polifarmácia	Não	175 (87,1)	90 (51,4)	85 (48,6)	3,97 (1,43-10,99)	4,12 (1,46-11,62)
	Sim	26 (12,9)	21 (80,8)	5 (19,2)	Ref	Ref
Queda	Não	138 (68,7)	70 (50,7)	68 (49,3)	Ref	-
	Sim	63 (31,3)	41 (65,1)	22 (34,9)	0,55 (0,30-1,02)	
<b>Comportamentais</b>						
Atividade física	Insuficientemente ativo	121 (60,2)	75 (62,0)	46 (38,0)	Ref	Ref
	Ativo	80 (39,8)	36 (45,0)	44 (55,0)	1,99 (1,12-3,54)	2,18 (1,20-3,98)
Tabagismo	Não	162 (80,6)	89 (54,9)	73 (45,1)	Ref	-
	Sim	39 (19,4)	22 (56,4)	17 (43,6)	0,94 (0,47-1,91)	
Participa de grupos sociais	Não	79 (39,3)	36 (45,6)	43 (54,4)	1,91 (1,07-3,38)	2,10 (1,15-3,83)
	Sim	122 (60,7)	75 (61,5)	47 (38,5)	Ref	Ref

\*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: *Odds Ratio*. IC: Intervalo de confiança. <sup>1</sup>Salário mínimo vigente no momento da pesquisa= R\$998,0. AIC (modelo vazio) =278,45; AIC (modelo final) =264,28.

## DISCUSSÃO

No Brasil ainda são escassos os estudos longitudinais realizados com adultos mais velhos e idosos com a proposta de conhecer as variações da prevalência e do escore de sintomas depressivos e os fatores associados. Vale ressaltar que a coleta de dados na linha de base ocorreu no período de 2018/2019 e a primeira onda do estudo foi realizada durante a pandemia da COVID-19, em 2021. No contexto estudado, as análises mostraram que existem associações estatisticamente significativas entre o surgimento de sintomas depressivos e pessoas do sexo masculino, com renda familiar menor que um salário mínimo, com mais de quatro anos de estudo e que utilizam menos medicamentos. Já quanto ao aumento dos escores de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os participantes que utilizam menos medicamentos, fisicamente ativos e que não participam de grupos sociais.

Os dados demonstraram no início do estudo uma prevalência de sintomas depressivos de 55,2%, e na segunda avaliação evidenciou-se um valor relativamente menor, com 51,7% de indivíduos acometidos. Estudos internacionais (ETTMAN; COHEN; GALEA, 2020; ZHOU *et al.*, 2021) e nacionais (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016) encontraram valores inferiores aos obtidos nessa pesquisa. No Brasil, estudo transversal realizado com 972 idosos na cidade de São Paulo evidenciou uma prevalência de sintomas depressivos de 14,2% (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2019). Pesquisa de base populacional conduzida na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, identificou que entre os 1.394 idosos 15,2% apresentaram sintomas depressivos (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

A pandemia da COVID-19 apresentou um grande impacto na vida das pessoas, afetando especialmente a saúde mental. No Brasil, a repercussão da pandemia no cotidiano da população não foi diferente, e reflexo disso são resultados de estudos que avaliaram a saúde mental da população adulta e encontraram elevadas prevalências de sintomas depressivos, como um estudo transversal que avaliou 380 idosos residentes no Brasil a prevalência de sintomas depressivos foi de 28,7% (ANDRADE *et al.*, 2021); e uma pesquisa com 482 adultos de 23 estados brasileiros realizada no início da pandemia, que encontrou uma prevalência de 70,3% de sintomas depressivos (ZHANG *et al.*, 2021). Em outro estudo realizado no Brasil, no período de pico de contágio da COVID-19, foi identificada 68% da amostra (n = 1996) com sintomas depressivos (GOULARTE *et al.*, 2021). Apesar de várias pesquisas demonstrarem um aumento da prevalência de sintomas depressivos durante a pandemia da COVID-19, a presente pesquisa evidenciou uma redução discreta dessa prevalência entre a linha de base e primeira avaliação. Isso pode ser justificado porque o estudo foi feito em 2021, quando a pandemia já



estava mais controlada, o que provavelmente contribuiu para diminuir os sintomas depressivos associados à COVID-19.

No presente estudo, a chance de surgimento de sintomas depressivos foi maior entre os homens, achado discordante com a literatura, uma vez que segundo a maioria das evidências científicas as mulheres são mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos (MENDES-CHILOFF *et al.*, 2018; PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021). Uma metanálise aponta para diversos fatores ligados à diferença dos sintomas depressivos em indivíduos de ambos os sexos. Dentre eles, estão a pobreza, a violência e a desigualdade de gênero, encontrando, ainda, evidências associadas às dificuldades financeiras (SALK; HYDE; ABRAMSON, 2017). A pandemia da COVID-19 prejudicou financeiramente muitas pessoas, e como normalmente os homens são considerados os principais provedores da família de família (BOULOS; SALAMEH, 2021), isso pode ter contribuído para o surgimento de sintomas depressivos.

Nesse sentido, vale salientar que o subdiagnóstico de problemas de saúde mental em homens pode ser resultado de diferenças na forma como homens e mulheres manifestam os sintomas. Diversos fatores, incluindo o estigma de gênero, levam muitos deles a exibir sintomas depressivos por meio de sentimentos considerados típicos do sexo masculino, os quais podem incluir agressão, irritabilidade, violência, abuso de substâncias, comportamento de risco ou queixas somáticas.

Com relação à variável renda familiar menor que um salário mínimo, a chance de surgimento de sintomas depressivos nessas pessoas foi maior. A renda mais baixa pode afetar a saúde mental, especialmente em contextos nos quais a seguridade social não é efetiva. A produtividade limitada dos idosos, juntamente com o desemprego, podem culminar em pobreza e renda instável. Tal fato pode impedir um indivíduo de pagar pelas necessidades atuais, assim como dificultar o planejamento futuro. Como consequência, pode-se levar um indivíduo a sofrer um maior nível de estresse e depressão devido à insegurança financeira (KIM; SUBRAMANIAN, 2019). Além disso, pessoas com pior condição socioeconômica têm menor acesso aos cuidados de saúde, o que possivelmente aumentaria a carga de doenças e depressão (ZHOU *et al.*, 2021).

O enfrentamento da pandemia exigiu medidas de isolamento social, afetando diretamente a economia (SOUSA, 2021), dilemas como a fome, a insegurança alimentar e a pobreza tornaram-se mais expressivos (SCHAPPO, 2021). Um estudo transversal realizado durante a pandemia (n=45.161) identificou que entre os participantes a renda familiar diminuiu,

alguns perderam o emprego e ficaram sem renda, sendo o grupo de trabalhadores informais o mais afetado (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Um estudo chinês encontrou que possuir melhor condição socioeconômica teve um efeito protetor significativo sobre os sintomas depressivos em indivíduos com 45 anos ou mais (ZHOU *et al.*, 2021). Outra publicação apontou que o baixo nível socioeconômico foi associado a sintomas depressivos graves em homens e mulheres (LIU *et al.*, 2018). Os resultados são semelhantes ao encontrado em uma investigação online realizada durante a pandemia com idosos brasileiros (n=900), na qual receber cinco salários ou mais diminuiu as chances de ter sintomas de depressão (PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021). Compreender o impacto de viver na pobreza sobre os sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos é importante para prevenir e tratar a depressão, monitorar a situação de pobreza e desenvolver iniciativas de combate à pobreza entre adultos mais velhos e idosos (CHEUNG; CHOU; 2017; KIM; SUBRAMANIAN, 2019).

Outra variável encontrada como associada ao surgimento de sintomas depressivos foi ter escolaridade maior do que quatro anos. A relação entre nível de escolaridade e depressão já foi investigada em um projeto realizado na Malásia. Os resultados, contudo, apontaram para uma maior quantidade de idosos depressivos entre os que não tiveram educação formal ou cursaram somente o primário, quando comparado àqueles com maiores graus de escolaridade (LEONG *et al.*, 2020). Um estudo realizado no Brasil encontrou que idosos com escolaridade superior a quatro anos tiveram menor prevalência de depressão tardia, quando comparados àqueles que tinham entre 1 e 3 anos de estudos e analfabetos (DIAS *et al.*, 2019).

Bons níveis educacionais, ademais, são considerados fatores protetivos contra os riscos de desenvolvimento de sintomas depressivos na população idosa (CHRZASTEK *et al.*, 2021). Outra publicação atesta que a probabilidade de envelhecimento saudável é menor em indivíduos com menor escolaridade (MCLAUGHLIN *et al.*, 2020). Não obstante, ao considerar o contexto pandêmico, as pessoas com, e apresentaram níveis mais altos de estresse, ansiedade e depressão (XIONG *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2021a). Pessoas com mais escolaridade puderam acompanhar com maior frequência as informações sobre a doença, e como havia muita desinformação relacionada à causa da COVID-19, e informações inconsistentes sobre os seus sintomas, prevenção, tratamento e modo de transmissão, isso causou um impacto psicológico negativo (WANG, *et al.*, 2021a).

Utilizar menos medicamentos foi associado tanto ao surgimento quanto ao aumento nos escores dos sintomas depressivos. Na literatura, entretanto, a maioria das evidências sugerem

que usar mais medicamentos está associado a resultados adversos à saúde, como por exemplo, à sintomatologia depressiva (ASSARI *et al.*, 2019; ERSOY; ENGIN, 2018). Como os participantes dessa pesquisa são adultos acima dos 45 anos e idosos, e normalmente a taxa de utilização dos serviços de saúde é maior entre idosos (ALMEIDA *et al.*, 2020), uma hipótese para os resultados do presente estudo pode estar relacionada à menor frequência aos serviços de saúde e, por isso, a pessoa tem menor número de diagnósticos e conseqüentemente toma menos medicamentos. Outra hipótese é que talvez os idosos que tomavam mais medicamentos, já tinham sintomas depressivos na linha de base, assim, a chance de aparecer naqueles que tomavam menos medicamentos era maior. É preciso considerar também que a pandemia vivenciada a partir de 2020 pode ter contribuído para fragilizar a saúde mental destes indivíduos. Dessa forma, a abordagem longitudinal possibilitou verificar que dentre os que faziam uso de menos medicamentos na linha de base (2018/2019), houve maior chance de surgimento e aumento nos escores dos sintomas depressivos após 2,4 anos. Tais achados reforçam a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde junto à população ofertando ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, diagnóstico e reabilitação (SILVA *et al.*, 2013).

Sabidamente a atividade física é colocada como um preditor positivo nos mais diversos campos da saúde, quer seja física quer seja psicológica, no caso da relação com a depressão há na literatura um consenso estabelecido de que as práticas de atividade física são benéficas especialmente em casos leves e moderados (ANIBAL; ROMANO, 2017). Ademais, está comprovada sua indicação na prevenção primária de diferentes condições psíquicas, e sua diminuição está associada agravamento da saúde mental (MENDES *et al.*, 2021). A atividade física está associada à menor prevalência e incidência de depressão (SCHUCH *et al.*, 2018; SCHUCH *et al.*, 2020). Paradoxalmente, nossos resultados mostraram que houve maior chance de aumento nos escores de sintomas depressivos entre os indivíduos fisicamente ativos.

Durante a pandemia foram recomendadas várias medidas para conter a disseminação do vírus como o distanciamento social, incluindo o autoisolamento (WHO, 2020). Conseqüentemente, os níveis de atividade física diminuíram após as restrições de saúde pública relacionadas à COVID-19 (STANTON *et al.*, 2020; MEYER *et al.*, 2020). Na China, as pessoas fisicamente ativas relataram ser mais impactadas psicologicamente com as medidas restritivas (ZHANG *et al.*, 2020). Dados transversais do estudo ‘COVID-19 and Wellbeing’ realizado com adultos (n= 3.052) nos Estados Unidos evidenciaram que os participantes que atendiam às diretrizes de atividade física antes das restrições relacionadas à COVID-19 diminuíram a prática

de atividade física em média 32% (MEYER *et al.*, 2020). Assim, temos como hipótese que os participantes de nosso estudo que praticavam atividade física em 2018/2019 e de forma similar sofreram com as medidas restritivas adotadas na pandemia, tiveram como resultado um aumento nos escores de sintomas depressivos. A redução da atividade física provavelmente agravará ainda mais os efeitos psicológicos da pandemia. As evidências atuais reforçam a necessidade de, em contextos semelhantes, desenvolver intervenções voltadas ao incentivo da promoção/ implementação de atividade física domiciliar como forma de beneficiar as pessoas que se encontram mais vulneráveis e isoladas (MEYER *et al.*, 2020; STANTON *et al.*, 2020). Fazem-se necessárias pesquisas futuras para avaliar longitudinalmente o impacto das mudanças no estilo de vida associadas à pandemia.

Outro achado obtido na pesquisa foi a associação de sintomas depressivos e não participar de grupos sociais. As relações sociais são um componente primordial da vida humana e trazem impactos importantes na saúde (GE *et al.*, 2017). Indivíduos que se sentem isolados socialmente, ou seja, com ausência de relacionamentos ou conexões sociais, têm uma maior predisposição a apresentar sintomas depressivos (GE *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2021b). Resultados do *Population Health Index Survey*, realizado com adultos ( $\geq 21$  anos) em Cingapura, mostraram que a menor conexão social com amigos e parentes está associada a sintomas depressivos elevados (GE *et al.*, 2017). Na população idosa chinesa a participação em atividades sociais foi significativa para aliviar os sintomas depressivos (WANG *et al.*, 2021b). Como os adultos mais velhos correm maior risco de serem socialmente isolados em relação aos adultos mais jovens, durante a pandemia não participar de grupos sociais continuou sendo um importante fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos (GORENKO *et al.*, 2021; YU; MAHENDRAN, 2021).

O presente estudo apresenta algumas limitações. A avaliação dos participantes foi realizada em dois momentos fixos no tempo e o instrumento utilizado para investigar sintomas depressivos (CES-D) questionava sobre a frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista. Tal fato impossibilita analisar os sintomas depressivos durante um tempo menor ao longo do período de acompanhamento. Em virtude do caráter cíclico dos sintomas depressivos, é plausível supor que os adultos mais velhos e os idosos podem ter apresentado sintomas diferentes entre os dois momentos da aplicação do questionário. Entre as investigações realizadas na linha de base (T0) e na primeira onda (T1) deste estudo, houve perda de participantes. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas para as principais características entre os indivíduos avaliados, o que caracteriza como uma perda não diferencial.

Não foi avaliado o tipo de medicamento ou se usavam medicamentos psiquiátricos, como antidepressivos. Pesquisas futuras podem avaliar informações adicionais sobre os tipos exatos de medicamentos que estão sendo tomados pelos participantes. Por fim, cabe mencionar que por avaliar apenas os indivíduos cadastrados nas USF não é possível generalizar nossos resultados para toda a população de mesma faixa etária. Entretanto, destacam-se os pontos fortes do trabalho que apresenta um desenho longitudinal que permite elucidar relações temporais entre exposição e evento e também foram utilizados instrumentos adaptados e validados à cultura brasileira. Também permite subsidiar políticas públicas informadas por evidências a fim de garantir que as decisões tomadas sejam fundamentadas e obtenham resultados satisfatórios.

## **Conclusão**

Os transtornos depressivos constituem uma questão de saúde pública mundialmente. Essa situação se agrava quando se consideram as previsões de envelhecimento populacional e as consequências dessa alteração no perfil epidemiológico, seja no surgimento, seja no aumento de sintomas depressivos em adultos mais velhos e idosos. Avaliar, portanto, os fatores envolvidos nessas duas vertentes constituíram o objetivo do trabalho. Os achados visam colaborar para uma melhor compreensão dos fatores que podem contribuir para o surgimento e à piora dos sintomas depressivos entre adultos mais velhos e idosos.

Nessa pesquisa, foram encontradas associações entre o surgimento de sintomas depressivos às variáveis sexo masculino, renda familiar menor que um salário-mínimo, mais de quatro anos de estudo e utilizar menos medicamentos. O aumento dos escores de sintomas depressivos, foi significativamente maior entre os participantes que utilizam menos medicamentos, fisicamente ativos e os que não participam de grupos sociais.

É importante mencionar, ainda, o contexto da pesquisa, já que a primeira onda da coleta de dados, realizada em 2021, aconteceu durante a pandemia da COVID-19, que cursou com significativas mudanças nos hábitos individuais e coletivos e, portanto, refletiu nos resultados encontrados, os quais divergiram do que é majoritariamente visto na literatura até então.

Dessa forma, presume-se que os diversos serviços de saúde disponíveis à população precisam estar aptos a lidar com as pessoas que apresentam sintomas depressivos, especialmente, considerando no Brasil a Atenção Primária à Saúde. Tais achados justificam a relevância de abordar o transtorno depressivo nas políticas públicas de saúde, em esferas de promoção à saúde, prevenção de doenças, orientação à população em geral sobre os sinais e

sintomas que caracterizam a depressão e capacitação aos profissionais da saúde. Assim, subsidiam-se melhores desfechos no cuidado e uma assistência à saúde de melhor qualidade à população contribuindo na redução de desfechos negativos característicos à depressão.

## REFERÊNCIAS

Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020, 25(6): 2213-26. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>

Andrade NO, Azambuja HCS, Martins TCR, Seixas RAM, Luchesi BM. Factors associated with depressive and anxiety symptoms in older adults during the COVID-19 pandemic: a Brazilian study. *Aging Ment Health*. 2021, 6:1-8. 10.1080/13607863.2021.1942431

Anibal C, Romano LH. "Relações entre atividade física e depressão: estudo de revisão." *Revista Saúde em Foco*. 2017,9:190-199.

Assari S, Wisseh C, Saqib M, Helmi H, Bazargan M. Polypharmacy and Depressive Symptoms in U.S.-Born Mexican American Older Adults. *Psych*. 2019,1(1):491-503. 10.3390/psych1010038

Boulos C, Salameh P. Gender-specific factors associated with risk of depression among Lebanese older adults. *Psychogeriatrics*. 2021, 21(4):577-585. 10.1111/psyg.12708

Cantilino A, Monteiro DC. *Psiquiatria clínica: um guia para médicos e profissionais de saúde mental*. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

Call JB, Shafer K. Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. *American Journal of Men'S Health*. 2015,12(1):41-51. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988315623993>

Cheung KCK, Chou KL. Poverty, deprivation, and depressive symptoms among older adults in Hong Kong. *Aging & Mental Health*. 2017, 23 (1):22-29. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1394438>

Chrzastek Z, Guligowska A, Soltysik B, Pigłowska M, Borowiak E, Kostka J et al. Association of Lower Nutritional Status and Education Level with the Severity of Depression Symptoms in Older Adults-A Cross Sectional Survey. *Nutrients*. 2021, 13(2): 515. <http://dx.doi.org/10.3390/nu13020515>

Corrêa ML. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Ciência &Saúde Coletiva*. 2020 25(6):2083-92. 10.1590/1413-81232020256.18392018

Covid-19 mental disorders collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021, 398(10312):1700-12. 10.1016/S0140-6736(21)02143-7

Dias FL DA C, Teixeira AL, Guimarães HC, Santos APB, Ritter SRF, Machado JCB, et al. Prevalence of late-life depression and its correlates in a community-dwelling low-educated population aged 75+ years: the pietà study. *Journal Of Affective Disorders*. 2019, 242: 173-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.012>

Ersoy S, Engin VS. Risk factors for polypharmacy in older adults in a primary care setting: a cross-sectional study. *Clin Interv Aging*. 2018, 15(13):2003-11. 10.2147/CIA.S176329

Ettman CK, Cohen GH, Galea S. Is wealth associated with depressive symptoms in the United States? *Annals of Epidemiology*. 2020, 43: 25-31. 10.1016/j.annepidem.2020.02.001

Furihata R, Konno C, Suzuki M, Takahashi S, Kaneita Y, Ohida T, et al. Unhealthy lifestyle factors and depressive symptoms: A Japanese general adult population survey. *Journal of Affective Disorders*. 2018, 234: 156-161. 10.1016/j.jad.2018.02.093

Ge L, Yap CW, Ong R, Heng BH. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS One*. 2017, 12(8). 10.1371/journal.pone.0182145

Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA, Rosa AR. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res.* 2020, 132:32-37. [10.1016/j.jpsychires.2020.09.021](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021)

Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *J Appl Gerontol.* 2021, 40(1):3-13. [10.1177/0733464820958550](https://doi.org/10.1177/0733464820958550)

Guimarães L de A, Brito TA, Pitão KR, Jesus CS, Souto CS, Souza SJN, et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019, 24 (9): 3275-82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>

Guo J, Kong D, Cal de P, Zhu y, Zhang *bet al.* Depressive symptoms and health service utilization among Chinese middle-aged and older adults: a national population-based longitudinal survey. *Int J Ment Health Syst.* 2021, 15, 2. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00421-3>

Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016, 21 (11):3575-84. [10.1590/1413-812320152111.19552015](https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015)

Jorgetto GV, Marcolan JF. Profile of people with depressive symptoms and suicide behavior in a general population in the mining city. *Research, Society and Development.* 2021, 10 (2). [10.33448/rsd-v10i2.12521](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12521)

Kim S, Subramanian SV. Income Volatility and Depressive Symptoms among Elderly Koreans. *International Journal of Environmental Research And Public Health.* 2019, 16(19): 3580. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16193580>



Lampert CDT, Ferreira VRT. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Avaliação Psicológica*. 2018, 17(2):205-212. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>

Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016,6(2): 96-103. 10.17058/reci.v6i2.6427

Leong OS, Ghazali S, Hussin EOD, Lam SK, Japar S, Geok SK et al. Depression among older adults in Malaysian daycare centres. *British Journal of Community Nursing*. 2020, 25(2): 84-90. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.2.84>

Liu Q, Cai H, Yang LH, Xiang YB, Yang G, Li H, et al. Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people. *Scientific Reports*. 2018, 8: 3841. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22175-2>

Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão M et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018, 21, n. Supl 02, e180014. 10.1590/1980-549720180014.supl.2

Mendes TB, Neves LM. Physical activity and symptoms of anxiety and depression among medical students during a pandemic. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte [online]*. 2021, 27 (6): 582-587. [https://doi.org/10.1590/1517-8692202127062021\\_0059](https://doi.org/10.1590/1517-8692202127062021_0059)

Meneguci J, Meneguci CAG, Moreira MM, Pereira KR, Tribess S, Sasaki JE et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2019, 68 (4): 221-230. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250>

Meyer J, McDowell C, Lansing J, Brower C, Smith L, Tully M et al. Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with

Mental Health in 3052 US Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, 17(18):6469. 10.3390/ijerph17186469

Mclaughlin SJ, Kim S, Li LW, Zhang Z. Educational differences in trajectories and determinants of healthy ageing in midlife and older Americans. *Maturitas*, [S.L.]. 2020, 134, 21-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.01.002>

Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos CTB. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2018, 39, e2017-0184. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0184>

Oliveira DV, Pivetta NRS, Oliveira GVN, Silva DA, Junior JRAN, Cavaglieri CR. Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2019. 28(3): e2018043. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300010>

Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Goulart MCL, Góes FGB, Pereira-Caldeira NMV. Fatores associados a sintomas de depressão em idosos durante a pandemia do covid-19. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2021, 30, e20200380. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0380>

Rahman MS, Rahman A, Ali M, Rahman S, Md Maniruzzaman, Anamika Yeasmin A, Ahmed NF et al. Determinants of depressive symptoms among older people in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders*. 2020, 264:157-162. 10.1016/j.jad.2019.12.025

Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*. 1977, 1, 385-401.

Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, [S.L.]. 2017 143 (8): 783-822. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000102>

Silva PO, Aguiar BM, Vieira MA, Costa FM, Carneiro JA. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019, 22 (05) e190088. 10.1590/1981-22562019022.190088

Silva LAS, Torres JL, Peixoto SV. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, 25 (3) 783-792. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>

Sousa KA. Prevalence of depression symptoms in elderly people assisted by the family health strategy. *Rev Min Enferm*. 2017, 21: e-1018. 10.5935/1415-2762.20170028

Souzedo FB, Bizarro L, Pereira APA. O eixo intestino-cérebro e sintomas depressivos: uma revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados com probióticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2020, 69 (4): 269-276. 10.1590/0047-2085000000285

Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Filipe BA, Silva ES, Hallgren Met al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am. J. Psychiatry*. 2018;175(7):631–648. 10.1176/appi.ajp.2018.17111194

Schuch FB, Bulzing RA, Meyer J, Vancampfort D, Firth J, Stubbs Bet al. Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. *Psychiatry Res*. 2020. 292:113339. 10.1016/j.psychres.2020.113339

Stanton R, Para QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, Fenning AS et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020, 17(11):4065. 10.3390/ijerph17114065

Vieira KFL, Coutinho M. da PL, Saraiva, ER. de A. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Freqüentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2016, 36 (1): 196-209. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002392013>

Wang C, Tee M, Roy AE, Fardin MA, Srichokchatchawan W, Habib HA *et al.* The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PLoS One*. 2021, 16(2):e0246824. 10.1371/journal.pone.0246824

Wang Y, Li Z, Fu C. Urban-rural differences in the association between social activities and depressive symptoms among older adults in China: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021, 21(1):569. 10.1186/s12877-021-02541-y

World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 179. Geneva: WHO; 2020 [citado 27 abr 2022]. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200717-covid-19-sitrep-179.pdf>

World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2021 [citado 27 abr 2022]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Geneva: WHO; 2022 [citado 27 abr 2022]. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Xie Y, Ma M, WU W, Zang Y, Tan X. Factors associated with depressive symptoms among the elderly in China: structural equation model. *International Psychogeriatrics*. 2021, 33 (2): 157-167. 10.1017/S1041610220001398

Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020, 1;277:55-64. 10.1016/j.jad.2020.08.001

Yu J, Mahendran R. COVID-19 lockdown has altered the dynamics between affective symptoms and social isolation among older adults: results from a longitudinal network analysis. *Sci Rep*. 2021, 11(1):14739. 10.1038/s41598-021-94301-6

Zhang SX, Huang H, Li J, Antonelli-Ponti M, Paiva SF , Silva JA .Predictors of Depression and Anxiety Symptoms in Brazil during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, 18(13):7026. 10.3390/ijerph18137026

Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. 2020, 288, 112958. 10.1016/j.psychres.2020.112958

Zhou S, Gao L , Liu F, Tian W, Jin Y, Zheng Zhi-Jie et al. Socioeconomic status and depressive symptoms in older people with the mediation role of social support: A population-based longitudinal study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2021, 30(4) e1894.10.1002/mpr.1894

## ARTIGO 2

### Fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos da comunidade durante a pandemia da COVID-19

#### Resumo

**Objetivo:** Identificar a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos residentes na comunidade durante a pandemia da COVID-19.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, com amostragem por conveniência, realizado em um município de médio porte do estado de Mato Grosso do Sul em 2021. Foram avaliados indivíduos, com idade a partir de 45 anos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado contendo questões sociodemográficas, de saúde e de rede de apoio social. A variável dependente solidão foi avaliada pela Escala Brasileira de Solidão UCLA. Os dados foram analisados por meio de um modelo de regressão logística múltiplo.

**Resultados:** Participaram do estudo 215 pessoas. A maioria dos participantes era do sexo feminino (67,9%), idoso (59,5%), com renda familiar de pelo menos um salário mínimo (87,9%), com companheiro (54,9%) e que trabalhavam no momento da avaliação (66,0%). Com relação à saúde, 51,2% apresentavam sintomas depressivos e 48,8% escores de solidão acima da mediana. No modelo final, permaneceram como fatores associados ao desfecho: ter 60 anos ou mais (OR=1,89, IC95%: 1,02-3,52) e ter sintomas depressivos (OR=6,90, IC95%: 3,74-12,70).

**Conclusão:** Nossos achados sugerem que pessoas idosas e com sintomas depressivos são mais vulneráveis à solidão. Diante disso, faz-se necessário monitorar a solidão na Atenção Primária à Saúde e pensar em estratégias de intervenção voltadas aos fatores que podem ser associados a ela.

**Descritores:** Adulto; Envelhecimento; Solidão; Idoso; COVID-19; Enfermagem.

#### Introdução

O rápido avanço da *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) causou uma crise de saúde pública em todo o mundo (DONG *et al.*, 2020). Várias medidas foram adotadas para conter a disseminação do vírus e reduzir a carga imposta aos sistemas de saúde como distanciamento físico (social), quarentena e isolamento de casos positivos (AQUINO *et al.*, 2020). Entretanto, apesar das medidas preventivas e de gestão serem importantes para mitigar a propagação da COVID-19 (ADEPOJU *et al.*, 2021), existe a preocupação de que as restrições impostas quanto aos contatos e atividades sociais possam ter acentuado os sentimentos de solidão, especialmente entre grupos vulneráveis (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2020). Desde o início da pandemia, publicações científicas já demonstravam essa preocupação (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2020; BERG-WEGER; MORLEY, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma declaração inicial

com considerações sobre a importância de promover a saúde mental e psicossocial durante a pandemia da COVID-19 (WHO, 2020).

A solidão caracteriza-se como a percepção do isolamento social ou a experiência subjetiva de estar solitário e, portanto, envolve necessariamente a mensuração pessoal como referência, distinta de uma análise objetiva (HOLT-LUNSTAD *et al.*, 2015). Tal percepção resulta da deficiência nos relacionamentos pessoais em termos de quantidade e/ou qualidade, definido como um sentimento angustiante e doloroso em que as necessidades sociais de um indivíduo não são atingidas (MEZUK *et al.*, 2016). A definição de solidão também pode abordar duas dimensões diferentes: a emocional e a social, na qual a solidão emocional remete à falta de um vínculo emocional próximo; e a solidão social associa-se à ausência de uma rede social abrangente (DAHLBERG *et al.*, 2022). No aspecto do bem-estar, a solidão pode trazer consequências negativas relacionadas a problemas de saúde mental, destacando-se a depressão e o aumento dos sintomas depressivos no decorrer da vida; além do impacto na saúde física, resultando no aumento da prevalência de doenças cardiovasculares e de hábitos de vida pouco saudáveis (MEZUK *et al.*, 2016).

Antes da pandemia causada pelo novo coronavírus, a solidão já se caracterizava como um problema de saúde de caráter epidêmico (HOLT-LUNSTAD, 2017; LUCHETTI *et al.*, 2021), acometendo mais frequentemente os idosos (HOLT-LUNSTAD, 2017). Um indivíduo pode experimentar a solidão em qualquer fase da vida, mas é na velhice que o processo se intensifica. Em adultos mais velhos e idosos, a solidão está associada a fatores como isolamento social, morar sozinho, depressão, ideação suicida, ser do sexo feminino e apresentar deficiência visual (WRIGHT-STCLAIR *et al.*, 2017).

O envelhecimento é um processo natural inerente ao ser humano, que lhe confere várias mudanças, sejam elas de ordem biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido o sentimento de solidão pode estar relacionado às perdas vivenciadas nesse período como a aposentadoria, que pode romper ou fragilizar os laços e vínculos sociais vivenciados no trabalho; a questão dos filhos mudando-se de habitação e não compartilhando mais a rotina como de costume; e a própria perda relacionada à morte, que cerca o indivíduo com o óbito de cônjuges, familiares, amigos de longa data, vizinhos, colegas e outras pessoas da convivência habitual (LEE *et al.*, 2021). Durante a pandemia, muitos vivenciaram o luto, sofrendo perdas pessoais como a de um cônjuge ou de uma pessoa pertencente à sua rede social. Como consequências do luto, o indivíduo pode desenvolver problemas de saúde mental e sentimentos de solidão (van TILBURG *et al.*, 2021). Além dos aspectos relacionados à perda, tem-se o fator

biológico, como o declínio funcional e cognitivo que podem influenciar no aparecimento e desencadeamento da solidão (LEE *et al.*, 2021).

O envelhecimento é um fenômeno mundial, entretanto, nos países desenvolvidos, o aumento da população idosa vem ocorrendo gradativamente, enquanto nos países em desenvolvimento encontra-se acelerado (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015). Em âmbito internacional há revisões sistemáticas que abordam as consequências da solidão (morbimortalidade) em pessoas de todas as idades ou em adultos (LEIGH-HUNT *et al.*, 2017); uma revisão de escopo que analisou intervenções para reduzir a solidão em idosos (FAKOYA *et al.*, 2020); e revisões voltadas a analisar os fatores de risco para solidão (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016; DAHLBERG *et al.*, 2022).

Como a solidão é um fator de risco modificável, e atualmente está bem estabelecido na literatura que traz consequências negativas para a saúde (ROMERO *et al.*, 2021), é fundamental desenvolver estratégias de intervenção eficazes para avaliar melhor a solidão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conhecendo sua prevalência e compreendendo quais são os fatores que estão relacionados com a mesma (CZAJA *et al.*, 2021). Embora enfrentar a solidão de forma eficaz seja uma tarefa complexa, ela tem um potencial importante para reduzir morbimortalidade em adultos mais velhos e melhorar a qualidade de vida (LEE *et al.*, 2021). Pesquisas nessa área devem ser vistas como uma prioridade de saúde pública (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016), especialmente quando consideramos que a angústia associada ao isolamento social prolongado e à quarentena pode resultar em sentimentos de solidão (LUCHETTI *et al.*, 2021). Entretanto, no Brasil os estudos que abordam a solidão em adultos mais velhos e idosos ainda são escassos (MATA *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2020; FERREIRA; NÍLDILA, 2021), por isso, faz-se necessário realizar pesquisas sobre essa temática.

Nesse sentido, considerando os fatores mencionados acima e a carência de estudos em âmbito nacional, a presente pesquisa objetivou conhecer a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos mais velhos e idosos residentes na comunidade durante a pandemia da COVID-19, no sentido de subsidiar intervenções, programas de prevenção e ações de promoção da saúde com a finalidade de proporcionar à população um envelhecimento com saúde.

## **Métodos**

Trata-se de uma pesquisa transversal e analítica, com abordagem quantitativa. Foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de Mato



Grosso do Sul. De acordo com o censo de 2010 a cidade possuía 101.791 habitantes, sendo que 16,1% tinha idade entre 45-59 anos, e 9,9% eram idosos ( $\geq 60$  anos). A população estimada para 2021 do município foi de 125.137 habitantes (IBGE, 2021).

A população do estudo foi composta por adultos (45-59 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos) cadastrados nas USF do município. A amostra foi de conveniência, de acordo com o número máximo de pessoas que fossem abordadas entre fevereiro e dezembro de 2021.

Os critérios de inclusão foram: ter idade maior ou igual a 45 anos e ser cadastrado nas USF do município. Foram excluídos adultos com transtornos mentais ou doenças que impossibilitassem a participação.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face-a-face, conduzida por examinadores treinados, com duração média de 30 minutos. As equipes da USF forneceram uma lista de adultos e idosos que atenderam aos critérios de inclusão, e a seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória pelos pesquisadores. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes, seguindo todas as recomendações de biossegurança contra a COVID-19.

A variável dependente solidão foi avaliada pela Escala Brasileira de Solidão UCLA (UCLA-BR), que foi validada no Brasil em indivíduos de 20 a 87 anos (BARROSO *et al.*, 2016). É composta por 20 itens com quatro opções de resposta do tipo *Likert*, que varia entre 0 (nunca) e 3 (frequentemente) com uma pontuação máxima de 60 pontos (BARROSO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2016). A UCLA-BR apresenta questões relacionadas à frequência com que o participante vivenciou situações de convívio social e atividades desenvolvidas isoladamente. A solidão foi avaliada como mais intensa à medida que a pontuação é maior na soma total das respostas (BARROSO *et al.*, 2016).

As variáveis independentes foram agrupadas em sociodemográficas, características de saúde e rede de apoio social, conforme descrito a seguir:

Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino/ feminino); idade (45–59 anos/  $\geq 60$  anos); renda familiar ( $\geq 1$  salário mínimo/  $< 1$  salário mínimo), estado civil (com companheiro/ sem companheiro); trabalha atualmente (sim/ não).

Rede de apoio social: foi questionado o número de pessoas que morava na casa do participante (reside sozinho/ 2 a 3 pessoas/  $\geq 4$  pessoas); o número de pessoas que ele considerava próximas (0-4 pessoas/ 5 a 9 pessoas/  $\geq 10$  pessoas); a participação em grupos sociais (sim/ não); e a participação em atividades de lazer (sim/ não).

Características de saúde: os sintomas depressivos foram avaliados por meio da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), que foi elaborada pelo *National Institute of Mental Health* (EUA) para avaliar humor depressivo (RADLOF, 1977). Foi validada no Brasil em amostras de adolescentes e adultos (SILVEIRA; JORGE, 1998) e em idosos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). O instrumento possui 20 itens com variação de 0 a 3 pontos cada um e correspondem a avaliação da frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre), incluindo questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. Alguns itens possuem pontuação invertida e devem ser ajustados para cálculo do escore final, que varia de zero a 60 pontos. Para adultos, a nota de corte para a presença de sintomas depressivos é pontuação  $\geq 16$  pontos, e para idosos a pontuação é  $\geq 12$  pontos (SILVEIRA; JORGE, 1998; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). Em todos os participantes também foi aplicada a escala de *Lawton e Brody* que avalia a dependência em sete Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) – uso do telefone, viagens, compras, refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. Os participantes foram considerados dependentes caso relatassem necessidade de ajuda (dependência parcial ou total) em pelo menos umas das sete AIVD (LAWTON; BRODY, 1969).

Os dados foram inseridos em uma planilha do *Microsoft Office Excel*<sup>TM</sup>, com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Foram realizadas análises descritivas com frequências absolutas e relativas. Foi feita a dicotomização da amostra pela mediana do desfecho em menor e maior escore de solidão. A mediana foi utilizada na dicotomização para garantir balanceamento entre os grupos, o que aumenta o poder dos testes. A seguir foram estimados modelos de regressão logística entre cada variável independente e o desfecho. A partir desses modelos foram estimados os *odds ratio* brutos com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as variáveis com  $p < 0,20$  nas análises individuais foram testadas em um modelo de regressão logística múltiplo. Permaneceram no modelo final aquelas com  $p \leq 0,05$  após os ajustes para as outras variáveis. A partir do modelo múltiplo foram estimados os *odds ratios* ajustados com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE: 29359520.1.0000.0021, parecer nº 4.467.405). Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa, e as entrevistas só

aconteceram após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias pelos participantes.

## **Resultados**

Participaram deste estudo 215 adultos mais velhos e idosos. Observa-se que houve predomínio de idosos (59,5%), do sexo feminino (67,9%), com renda familiar de pelo menos um salário mínimo (87,9%), com companheiro (54,9%) e que trabalhavam no momento da avaliação (66,0%). Nota-se também que 51,2% apresentaram sintomas depressivos e 43,7% eram dependentes parciais ou totais em pelo menos uma AIVD pela escala de *Lawton e Brody* (Tabela 1). Dentre os participantes 48,8% apresentaram escores de solidão acima da mediana. No modelo final, os idosos (OR=1,89, IC95%: 1,02-3,52) e as pessoas com sintomas depressivos (OR=6,90, IC95%: 3,74-12,70) tiveram maior chance de apresentar escores de solidão acima da mediana. Entre os idosos 53,1% estão no grupo com escore acima da mediana, já entre os adultos essa porcentagem é de 42,5%. Entre as pessoas com sintomas depressivos, 70,0% estão no grupo com escore acima da mediana, já entre os demais, essa porcentagem é de 26,7% ( $p<0,05$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Análises (brutas e ajustadas) das associações com o escore de solidão em adultos e idosos comunitários (n=215). Três Lagoas/MS, Brasil. 2021.

Variável	Categoria	n (%)	Solidão		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			≤ mediana	> mediana		
			n (%)	n (%)		
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade	45-59 anos	87 (40,5)	50 (57,5)	37 (42,5)	Ref	Ref
	≥60 anos	128 (59,5)	60 (46,9)	68 (53,1)	1,53 (0,88-2,65)	1,89 (1,02-3,52)
Sexo	Masculino	69 (32,1)	30 (43,5)	39 (56,5)	1,58 (0,88-2,81)	-
	Feminino	146 (67,9)	80 (54,8)	66 (45,2)	Ref	
Renda familiar	≥ <sup>1</sup> Salário mínimo	189 (87,9)	97 (51,3)	92 (48,7)	1,14 (0,34-3,86)	-
	< 1 Salário mínimo	11 (5,1)	6 (54,5)	5 (45,5)	Ref	
	Sem informação	15 (7,0)	7 (46,7)	8 (53,3)	-	
Estado civil	Sem companheiro	96 (44,7)	52 (54,2)	44 (45,8)	Ref	-
	Com companheiro	118 (54,9)	58 (49,2)	60 (50,8)	1,22 (0,71-2,10)	
	Não informou	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	-	
Trabalha atualmente	Sim	142 (66,0)	77 (54,2)	65 (45,8)	Ref	-
	Não	71 (33,0)	33 (46,5)	38 (53,5)	1,36 (0,77-2,42)	
	Não informou	2 (0,9)	0 (0,0)	2 (100,0)	-	
<b>Rede de apoio social</b>						
Pessoas com quem mora	Reside sozinho	38 (17,7)	17 (44,7)	21 (55,3)	2,00 (0,86-4,63)	-
	2 a 3 pessoas	122 (56,7)	59 (48,4)	63 (51,6)	1,73 (0,90-3,31)	
	≥ 4 pessoas	55 (25,6)	34 (61,8)	21 (38,2)	Ref	
Número de pessoas próximas	0 a 4 pessoas	91 (42,3)	45 (49,5)	46 (50,5)	1,12 (0,60-2,10)	-
	5 a 9 pessoas	57 (26,5)	30 (52,6)	27 (47,4)	0,98 (0,48-2,00)	
	≥ 10 pessoas	67 (31,2)	35 (52,2)	32 (47,8)	Ref	

Variável	Categoria	n (%)	Solidão		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			≤ mediana	> mediana		
			n (%)	n (%)		
Grupos sociais	Não	109 (50,7)	56 (51,4)	53 (48,6)	0,98 (0,58-1,68)	-
	Sim	106 (49,3)	54 (50,9)	52 (49,1)	Ref	
Lazer	Não	131 (60,9)	60 (45,8)	71 (54,2)	1,74 (0,99-3,03)	-
	Sim	84 (39,1)	50 (59,5)	34 (40,5)	Ref	
<b>Características de saúde</b>						
Sintomas depressivos	Não	105 (48,8)	77 (73,3)	28 (26,7)	Ref	Ref
	Sim	110 (51,2)	33 (30,0)	77 (70,0)	6,42 (3,54-11,63)	6,90 (3,74-12,70)
Escala de Lawton e Brody	Independente	120 (55,8)	54 (45,0)	66 (55,0)	1,80 (1,04-3,11)	-
	Dependente	94 (43,7)	56 (59,6)	38 (40,4)	Ref	
	Não informado	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	-	

\*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: *Odds Ratio*. IC: Intervalo de confiança. <sup>1</sup>Salário mínimo vigente no momento da pesquisa= R\$1.100,00. AIC (modelo vazio)=299,94; AIC (modelo final)=258,02.

## Discussão

Este estudo avaliou a solidão em adultos mais velhos e idosos durante a pandemia da COVID-19. Os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental estão revendo suas práticas para assegurar um atendimento de qualidade e apoio tanto às pessoas que já possuem problemas de saúde mental, como àquelas que sofrem com as consequências psicossociais da pandemia (FIORILLO; GORWOOD, 2020).

Os resultados evidenciaram que aproximadamente metade dos participantes (48,8%) apresentaram escores de solidão acima da mediana. Pesquisas realizadas com idosos desde o início da pandemia da COVID-19 apontaram para um aumento da solidão em vários países como Estados Unidos (EMERSON, 2020; KOTWAL *et al.*, 2021), Holanda (VAN TILBURG *et al.*, 2021) e Áustria (STOLZ *et al.*, 2021). A “Pesquisa Comportamental Brasileira realizada durante a pandemia de COVID-19” com 43.995 adultos e idosos brasileiros encontrou uma prevalência elevada de solidão (57,1%) (WERNECK *et al.*, 2021). Dados da ConVid - Pesquisas de Comportamentos observaram que o sentimento frequente de solidão pelo distanciamento dos amigos e familiares na pandemia foi relatado por metade dos idosos (50,6%) (ROMERO *et al.*, 2021). Já em uma análise longitudinal do Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil) que contou com a participação de 4.431 pessoas com 50 anos ou mais, a prevalência de solidão no cenário pandêmico foi de 23,9%, valor inferior ao encontrado no período da pré-pandemia (32,8%). Isso pode ser justificado, porque durante a pandemia alguns membros da família podiam estar mais em casa, o que favoreceu o convívio social. Além disso, o arranjo familiar multigeracional também é frequente entre as pessoas com menor renda no Brasil, o que pode exercer um papel importante para amenizar o sentimento de solidão (TORRES *et al.*, 2021).

No que se refere às variáveis sociodemográficas avaliadas no estudo, destaca-se que houve associação entre ser idoso e apresentar pontuação acima da mediana na escala solidão. Como constatado na literatura por vários autores (ALMEIDA *et al.*, 2020; HOLT-LUNSTAD, 2017; ROMERO *et al.*, 2021; BEUTEL *et al.*, 2017), os resultados apresentados corroboram com a hipótese de a solidão possuir uma prevalência maior em indivíduos com 60 anos ou mais (idosos) do que em adultos mais velhos. Em um estudo realizado entre países da América Latina, China e Índia foi descrito que tal associação se relaciona com os efeitos sociais e funcionais do envelhecimento, os quais se acumulam gradualmente nos eventos e processos da vida que têm o potencial de desestabilizar as relações sociais; e dentre eles, pode-se citar a

viuvez e o início da dependência, que são mais prováveis de desenvolver na velhice (GAO *et al.*, 2021).

Os dados coletados nos estágios iniciais da pandemia da COVID-19 divergem de nossos achados sugerindo que os jovens foram mais afetados por solidão e outros problemas de saúde mental (AHMED *et al.*, 2020, BU; STEPTOE; FANCOURT, 2020; LOSADA-BALTAR *et al.*, 2021). Os autores especulam que os idosos possuem maior experiência com o isolamento e com situações médicas de risco de vida, tornando-os mais resilientes, proporcionando uma resposta mais positiva a esses estressores (AHMED *et al.*, 2020; LOSADA-BALTAR *et al.*, 2021; WICKENS *et al.*, 2021). Entretanto, deve-se considerar que nossa pesquisa foi realizada um ano após o início da pandemia, período em que já ocorria flexibilização das medidas restritivas.

Este trabalho encontrou associação entre sintomas depressivos e pontuação acima da mediana na avaliação da solidão. A solidão tem uma relação forte e consistente com os sintomas depressivos, o que é confirmado por estudos realizados antes e durante a pandemia da COVID-19 (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016; BEUTEL *et al.*, 2017; GONYEA *et al.*, 2018; TAYLOR *et al.*, 2020; LEE *et al.*, 2021; MÜLLER *et al.*, 2021). Dados do *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), realizado com adultos na faixa etária de 50 anos ou mais, mostraram que independentemente de outras experiências sociais, os maiores escores de solidão no início do estudo foram associados a maiores escores de gravidade dos sintomas de depressão durante 12 anos de acompanhamento, sugerindo que intervenções que reduzem a solidão podem prevenir ou reduzir os sintomas depressivos ou torná-los menos graves em adultos mais velhos (LEE *et al.*, 2021). As relações entre solidão e sintomas depressivos são recíprocas, e ambos os construtos estão intimamente relacionados, entretanto são distintos (BEUTEL *et al.*, 2017).

Os fatores causadores da solidão emocional - perda do cônjuge, isolamento, desamparo e separação familiar - levam aos sintomas depressivos, e estes se ligam a solidão social que consiste na privação dos contatos sociais. Numa relação de interdependência, a solidão social e emocional tem grandes efeitos nos sintomas depressivos, já que os idosos que não recebem visitas são aqueles que apresentam escores mais altos de solidão, tendo os próprios idosos caracterizado a solidão como precursora para depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Outro fator a se considerar no que tange aos sintomas depressivos, é o contexto da pandemia e seus desdobramentos na saúde mental e emocional dos indivíduos, como a exacerbação de sintomas depressivos e ansiosos associados ao maior isolamento social devido às políticas de distanciamento físico introduzidas para o controle do vírus (MACEDO *et al.*, 2021).

As variáveis relacionadas à rede de apoio social mostraram-se associadas à solidão em outras pesquisas (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016; MANN; BONE; LLOYD-EVANS, 2017; LEE *et al.*, 2021; SON *et al.*, 2022;), mas não foi encontrada associação na presente investigação. No geral, a qualidade das relações sociais de uma pessoa é um preditor mais forte de solidão do que a quantidade de contatos sociais (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016), o que pode explicar os dados do presente estudo, já que não foram avaliadas variáveis qualitativas relacionadas ao suporte social. Entretanto, destaca-se a importância do mesmo para proteger e beneficiar o emocional e o psicológico dos indivíduos. A rede de suporte social alivia as situações estressantes vivenciadas e pode ser o mecanismo de intervenção da solidão para a depressão em idosos, contribuindo no enfrentamento positivo de eventos estressantes, moderando a depressão e a solidão (SON *et al.*, 2022). Uma revisão sistemática evidenciou nas análises bivariadas que alguns fatores que reduziram o risco de solidão foram o maior número de contatos sociais e de relacionamentos próximos, embora não tenha sido encontrada nenhuma associação nas análises multivariadas (DAHLBERG *et al.*, 2022). Os relacionamentos pessoais proporcionam suporte social e oportunidades para comunicação recíproca e faz com que o indivíduo se sinta valorizado. Já o convívio com a comunidade desenvolve um sentimento de pertença; a pessoa passa a participar e colaborar com as atividades realizadas na sociedade oferece oportunidades para contribuir e se envolver com ideias (CZAJA; MOXLEY; ROGERS, 2021).

Do ponto de vista da saúde pública, considerando que a solidão é um problema de caráter epidêmico e que possivelmente pode ser necessário o distanciamento social intermitente para controlar o ressurgimento de ondas de contágio da COVID-19 (KISSLER *et al.*, 2020), algumas medidas podem ser adotadas no âmbito da APS com a finalidade de reduzir a solidão nos grupos mais vulneráveis e também preveni-la. Programas preventivos que ofereçam apoio e promovam interações sociais demonstraram ser estratégias eficazes para auxiliar as pessoas mais velhas a lidar com os desafios impostos pela quarentena (KISSLER *et al.*, 2020; PREVITALI *et al.*, 2020). No entanto, algumas barreiras precisam ser superadas, como por exemplo, facilitar o acesso à tecnologia e a alfabetização digital (GORENKO *et al.*, 2021; PREVITALI *et al.*, 2020). Outras intervenções que podem reduzir a solidão e também prevenir sintomas depressivos ou torná-los menos graves é fomentar a construção ou o fortalecimento de ações comunitárias que envolvam abordagens baseadas em artes e esportes (MANN, BONE, LLOYD-EVANS, 2017; LEE *et al.*, 2021). Essas estratégias devem buscar construir conexões



significativas e de qualidade, aumentar o companheirismo, despertar o sentimento de pertencimento e compreensão empática (LEE *et al.*, 2021).

A construção de políticas públicas no que se refere à atenção a saúde mental apresenta-se como um processo contínuo de luta pela organização de um serviço que atenda o indivíduo de forma integral (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019). A Reforma Psiquiátrica no Brasil no final da década de 1970 desencadeou a reorganização do modelo de atenção à saúde mental, levando a uma intensa mudança do sistema nacional de saúde mental e a melhorias importantes na acessibilidade e qualidade dos cuidados, no entanto, apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes a serem enfrentados (PONTES *et al.*, 2014, ALMEIDA, 2019). Constata-se que as ações dos profissionais enfocam e restringem-se à tríade consulta médica-receita-medicamento, neste sentido, percebe-se o precário atendimento prestado ao usuário, muito aquém dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos propósitos da Reforma Psiquiátrica (DE SOUSA; COSTA, 2019).

Desde 2011, a atenção em Saúde Mental ofertada pelo SUS se organiza a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta por diversos serviços e estratégias de desinstitucionalização (JAFELICE *et al.*, 2020). Na RAPS, a APS também é responsável pelo atendimento aos pacientes com transtornos mentais, sendo este atendimento não restrito aos serviços substitutivos, permitindo à população acesso a serviços de saúde em seu território de maneira resolutiva. Compete, então, ao profissional estar preparado para atender a cada indivíduo a partir de sua individualidade considerando sua dimensão biopsicossocial (DE SOUSA *et al.*, 2019).

Uma vez que a APS é o local para condução de práticas resolutivas e de responsabilização do cuidado, o manejo das demandas de saúde mental deve acontecer por meio de uma dialética que individualize e contextualize as necessidades de saúde. Assim, espera-se que os enfermeiros que atuam na APS elaborem ações em saúde mental que valorizem o protagonismo do indivíduo/família/comunidade no processo de cuidado (NOBREGA *et al.*, 2020). Deste modo, é importante que o enfermeiro saiba reconhecer a demanda existente na sua área de abrangência, ofertando uma assistência baseada no acolhimento e na escuta ativa, o que irá resultar na formação de vínculo e de uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário (DE SOUSA *et al.*, 2019).

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Foi um estudo transversal, que apenas forneceu dados de um momento da pandemia. Assim, não é possível afirmar se a solidão foi um desfecho dos sintomas depressivos ou o oposto. Portanto, é necessário realizar uma pesquisa

longitudinal para avaliar melhor os efeitos psicológicos da pandemia. Também podemos citar como limitação a existência de vários instrumentos para mensurar a solidão, o que limita a comparação dos resultados com outros estudos. Entretanto, foi utilizada a UCLA-BR que é validada no Brasil e apresentou boa qualidade psicométrica (BARROSO *et al.*, 2016). Por fim, os nossos resultados não podem ser generalizados por se tratar de uma amostra de conveniência. Todavia, vale ressaltar a escassez de estudos que avaliam a solidão, especialmente na população acima de 45 anos, o que caracteriza pesquisas nessa área como uma prioridade de saúde pública (COHEN-MANSFIELD *et al.*, 2016).

### **Conclusão**

Os resultados mostraram uma elevada prevalência de solidão entre os participantes do estudo. Os idosos e as pessoas com sintomas depressivos tiveram maior chance de apresentar maiores escores de solidão. Conhecer os fatores associados à solidão no âmbito da APS é fundamental para propor ações direcionadas às pessoas idosas e com sintomas depressivos. Além de ajudar a fortalecer as políticas públicas voltadas a saúde mental, preparando melhor os profissionais de saúde que atuam na APS para que saibam atender de forma adequada as demandas de saúde mental que tendem a aumentar em um cenário pós-pandemia.

### **Referências**

Adepoju OE, Chae M, Woodard L, Smith KL, Herrera L, Han D, et al. Correlates of Social Isolation Among Community-Dwelling Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health*. 2021; 10(9):702965.

Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J. Psychiatry*. 2020; 51:102092.

Almeida PKP, Sena RMC, Dantas JLL, Trigueiro JG, Pessoa Jr JM, Nascimento EGC. “I lived, studied, loved, and even believed”: systematic review about loneliness in Brazilian elderly. *Rev Intellectus*. 2020; 57 (1): 41-55.

Almeida, JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35 (11): e00129519.

American Psychological Association. (2020, 3 18). COVID-19 isn't just a danger to older people's physical health. <https://www.apa.org/news/apa/2020/03/covid-19-danger-physical-health>

Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: impactos potenciais e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(suppl 1): 2423-2446.

Barroso S, Andrade V, Oliveira N. Escala Brasileira de Solidão: Análises de Resposta ao Item e definição dos pontos de corte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2016; 65 (1): 76-81.

Berg–Weger M, Morley JE. Loneliness and social isolation in older adults during the Covid-19 pandemic: Implications for gerontological social work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2020; 24(5) 456-458.

Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 97.

Braga CP, d'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciênc. saúde colet*. 2019; 24 (2).

Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2020; 186:31-34.

Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*. 2016; 28 (4): 557 – 576.

Czaja SJ, Moxley JH, Rogers WA. Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. *Front Psychol*. 2021; 5(12): 728658.

Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 26(2):225-249.

Dátilo GMPA, Cordeiro AP. *Envelhecimentos Humano, Cultura Acadêmica*. 2015. Disponível em: <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano\\_ebook.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano_ebook.pdf)>.

De Sousa SB, Costa LSP, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2019; 43 (1):151-164.

Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020; 20(5):533-534.

Emerson KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e81.

Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 129.

Ferreira HG, Níldila VC. Solidão em idosos e fatores associados. *Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2021; 9(1): 90-98.

Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2020; 63(1), e32.

Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M, et al. Loneliness Among Older Adults in Latin America, China, and India: Prevalence, Correlates and Association With Mortality. *International Journal of Public Health*. 2021; 66: 604449.

Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *J. Appl. Gerontol*. 2021; 40(1):3-13.

Gonyea JG, Curley A, Melekis K, Levine N, Lee Y. Loneliness and Depression Among Older Adults in Urban Subsidized Housing. *Journal of Aging and Health*. 2018; 30(3):458-474.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*. 2015; 10(2): 227–237.

Holt-Lunstad J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*. 2017; 27(4): 127-130.

Jafelice GT, Ziliotto GC, Marcolan JF. Concepção dos profissionais de centro de atenção psicossocial sobre as políticas públicas de saúde mental. *Research, Society and Development*. 2020; 9 (5): e71953100.

Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020; 368(6493):860-868.

Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE, et al. Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021; 69(1): 20-29.

Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(1):48-57.

Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, *et al*. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017; 152, 157-171.

Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. “We are staying at home. ” Association of self-perceptions of

aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021; 76(2):e10-e16.

Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A, Sutin AR. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am Psychol*. 2020; 75 (7):897-908.

Mata LRF, Kuznier TP, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Chianca TCM. Validade e confiabilidade da Escala de Solidão da UCLA versão 3 entre idosos brasileiros. *Escola Anna Nery*. 2021; 26: e20210087.

Macedo MJA, Costa BL, Fernandes MJB, Ceitlin LHF. Reflexos da (in)capacidade de estar só em tempos de isolamento social na pandemia COVID-19. *Rev. bras. psicoter*. 2021; 23(1):247-256.

Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, Wang J, Johnson S. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(6):627-638.

Mezuk B, Choi M, DeSantis AS, Rapp SR, Diez Roux AV, Seeman T. Loneliness, Depression, and Inflammation: Evidence from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Plos One*. 2016; 11(7): e0158056.

Müller F, Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Social Isolation and Loneliness during COVID-19 Lockdown: Associations with Depressive Symptoms in the German Old-Age Population. *Int J Environ Res PublicHealth*. 2021;18(7):3615.

Nóbrega MPSS, Venzel CMM, Sales ES, Próspero AC. Mental health nursing education in brazil: perspectives for primary health care. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2020; 29: e20180441.

Oliveira LM, Abrantes GG, Ribeiro GS, Cunha NM, Pontes MLF, Vasconcelos SC. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019; 22(6): e190241

Pontes S, Lopes L, Santos LMM, Calazans R. Implantação de políticas públicas em saúde mental: o caso de São João del Rei. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol*. 2014; 7 (2): 260-268.

Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not only virus spread: the diffusion of ageism during the outbreak of COVID-19. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):506-14.

Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WDS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(3): e00216620.

Son H, Cho HJ, Cho S, Ryu J, Kim S. The Moderating Effect of Social Support between Loneliness and Depression: Differences between the Young-Old and the Old-Old. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 9(4):2322.

Stolz E, Mayerl H, Freidl W. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European journal of public health*. 2021;31(1): 44-49.

Taylor HO, Nguyen AW. Depressive Symptoms and Loneliness Among Black and White Older Adults: The Moderating Effects of Race. *Innovation in Aging*. 2020; 4(5): igaa048.

Torres JL, Braga LS, Moreira BS, Sabino Castro CM, Vaz CT, Andrade ACS, et al. Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI COVID-19 initiative. *Aging & Mental Health*. 2021;26(5): 898-904.

van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(7): e249-e255.

Werneck AO, Silva DR, Malta DC, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA, Szwarcwald CL. Physical inactivity and elevated TV-viewing reported changes during the COVID-19 pandemic are associated with mental health: A survey with 43,995 Brazilian adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;140: 110292

Wickens CM, McDonald AJ, Elton-Marshall T, Wells S, Nigatu YT, Jankowicz D, et al. Loneliness in the COVID-19 pandemic: Associations with age, gender and their interaction. *J Psychiatr Res*. 2021;136: 103-108.

Wright-St Clair VA, Neville S, Forsyth V, White L, Napier S. Integrative review of older adult loneliness and social isolation in Aotearoa/New Zealand. *Australian Journal on Ageing*. 2017; 36(2): 114-123.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. Mental Health and Psychosocial Considerations during the COVID-19 Outbreak. Available online: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>

---

## REFERÊNCIAS



ALEXANDRINO-SILVA, C. *et al.* Psychiatry: life events and social support in late life depression. **Clinics**, v. 66, n. 2, p. 233-238, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000200009>

ALMEIDA, P. K. P. *et al.* I lived, studied, loved, and even believed: systematic review about loneliness in Brazilian elderly. **Revista Intellectus**, v. 57, n. 1, p. 41-55, 2020. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/63.748.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

ANDRADE *et al.* Factors associated with depressive and anxiety symptoms in older adults during the COVID-19 pandemic: a Brazilian study. **Aging Ment Health**, 6:1-8, 2021. DOI: 10.1080/13607863.2021.1942431

ARAGÃO, J. A. *et al.* Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em um hospital terciário. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, e20190002, 2019. DOI: 10.1590 / 1677-5449.190002

BARROS, M.B.A. *et al.* Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl 1, 8s, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000084>

BARROSO, S. M.; OLIVEIRA, N. R.; ANDRADE, V. S. Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, v.35, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35427>

BATISTONI, S. T.; NÉRI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010. DOI: 10.1590/S1413-82712010000100003

BESPALHUK, K. T. P. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em unidades de saúde da família e fatores associados. **Revista de Enfermagem Da UFSM**, v.11, n. e34, p. 1-20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769248484>

BEUTEL, M. E. *et al.* Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. **BMC Psychiatry**. v. 17, n. 1, p. 97, 2017. DOI: 10.1186 / s12888-017-1262-x

BOMFIM, A. J. D. L. *et al.* Desempenho cognitivo de idosos com baixa escolaridade, com e sem depressão. **Dement. neuropsicol.** v. 15, n. 1, p.121-127, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010013>

BOTS, S. Lifestyle- and diet-related factors in late-life depression--a 5-year follow-up of elderly European men: the FINE study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 5, p. 478-84, 2008. DOI: 10.1002/gps.1919. PMID: 17975846

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRIGGS, R.; KENNELLY, S. P.; KENNY, R. A. Does baseline depression increase the risk of unexplained and accidental falls in a cohort of community-dwelling older people? Data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 2, e205–11, 2018. DOI: 10.1002/gps.4770

BORGES, Dayanne da Silva. Avaliação de indicadores bioquímicos de depressão e ansiedade em indivíduos com diagnóstico de obesidade mórbida suplementados com prebiótico ou simbiótico: ensaio clínico randomizado, placebo-controlado e triplo cego. 2018. Tese (Doutorado em Neurociências) - Programa de Pós-Graduação em Neurociências, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2018.

CANTILINO A. MONTEIRO, D. C. **Psiquiatria clínica**: um guia para médicos e profissionais de saúde mental. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários: estudo epidemiológico de base populacional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 51, n. 4, p. 254-6, dez. 2018.[citado 8 de dezembro de 2021];51(4):254-6. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/154921>

CARPENA, M. X. *et al.* Sociodemographic, behavioral, and health-related risk factors for depression among men and women in a southern Brazilian city. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 5, p.396-402, 2019. DOI: 10.1590 / 1516-4446-2018-0135

COEN, H. *et al.* Associations Between Lifestyle and Depressed Mood: Longitudinal Results From the Maastricht Aging Study. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 5, p. 887-894, 2007. DOI: 10.2105/AJPH.2004.053199

COHEN-MANSFIELD, J. *et al.* Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 4, p.557-76, 2016. DOI: 10.1017/S1041610215001532

COSTA, T. S. *et al.* Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 5, n. 3, p. 47-56, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2017v5n3p47-56>

CUI, R. A Systematic Review of Depression. **Curr Neuropharmacol**, v. 13, n. 4, p. 480, 2015. DOI: 10.2174/1570159x1304150831123535

CZAJA, S. J.; MOXLEY, J. H.; ROGERS, W. A. Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. **Front Psychol.**, v. 5, n. 12, p. 4307, oct. 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.728658

DAHLBERG, L. Loneliness during the COVID-19 pandemic. **Aging Mental Health**. v. 25, n. 7, p. 1161-1164, 2021. DOI: 10.1080/13607863.2021.1875195

DAHLBERG, L. *et al.* A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. **Aging Mental Health**, v. 26, n. 2, p. 225-249, 2022. DOI: 10.1080/13607863.2021.1876638

DAI, H. *et al.* Association between social health status and depressive symptoms among community-dwelling elderly adults in Zhejiang Province, China. **Journal of Zhejiang University-SCIENCE B**, v. 20, n. 11, p. 910-919, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1631/jzus.B1900207>

DARÉ, P.K; CAPONI, S.N. Care for individuals with depression in primary attention health. **ECOS | Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 7, n. 1, 2017. Disponível em: [http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419-10116-1-PB%20\(2\).pdf](http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419-10116-1-PB%20(2).pdf)

EMERSON, K. G. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60þ in the United States. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, e81, 2020. DOI:10.26633/RPSP.2020.81

ETTMAN, C. K.; COHEN, G. H.; GALEA, S. Is wealth associated with depressive symptoms in the United States? **Annals of epidemiology**, v. 43, p. 25-31. e1, 2020. DOI: 10.1016/j.annepidem.2020.02.001.

FAÍSCA, L. R. *et al.* Loneliness and depressive symptomatology in elderly people. **Análise Psicológica**, v. 37, n. 2, p. 209-222, 2019. DOI 10.14417/ap.1549

FATIMA, M. *et al.* Incidence of depression among community dwelling healthy elderly and the predisposing socio-environmental factors. **Cureus**, v. 11, n. 3, 2019. DOI: 10.7759/cureus.4292

FERREIRA, H. G.; NÍLDILA, V. C. Solidão em idosos e fatores associados. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 1, p. 90-98, 2021. DOI:10.18554/refacs.v9i1.5199

FREIRE, M. A.; FIGUEIREDO, V. L. M.; GOMIDE, A.; JANSEN, K.; SILVA, R. A.; MAGALHÃES, P. V. S.; KAPCZINSKI, F. P. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014.

FRIED, E. I. *et al.* From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. **Journal of abnormal psychology**, v. 124, n. 2, p. 256, 2015. DOI: 10.1037/abn0000028

FURIHATA, R. *et al.* Unhealthy lifestyle factors and depressive symptoms: A Japanese general adult population survey. **Journal of Affective Disorders**, v. 234, p. 156-161, 2018. DOI: 10.1016/j.jad.2018.02.093. Epub 2018 Mar 3. PMID: 29529548.

GAO, S. *et al.* Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.24, n.12, p.1358-66. DOI: 10.1002/gps.2271

GEBARA, M. A. *et al.* Cause or effect? Selective serotonin reuptake inhibitors and falls in older adults: a systematic review. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 1016-1028, 2015. DOI: 10.1016/j.jagp.2014.11.004

GE, L. *et al.* Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. **PLoS One**. 2017 Aug 23;12(8):e0182145. DOI: 10.1371/journal.pone.0182145

GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalence of depression and associated factors in women covered by Family Health Strategy. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 101-109, 2018. DOI: 10.1590/0047-2085000000192

GONYEA, J.G. *et al.* Loneliness and Depression Among Older Adults in Urban Subsidized Housing. **Journal of Aging and Health**, v.30, n.3, p.458-474, 2018. DOI: 10.1177/0898264316682908

GOULARTE *et al.* COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. **J Psychiatr Res.**,v.132, p.32-37, 2021. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.021

GUIMARÃES, L. de A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3275-3282, 2019.DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>

HASLER, G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? **World Psychiatry**. v. 9, n. 3, p. 155-61, 2010. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x

HARRY, O. T. *et al.* Depressive Symptoms and Loneliness Among Black and White Older Adults: The Moderating Effects of Race. **Innovation in Aging**, v. 4, n.5, P. igaa048, 2020. DOI: 10.1093/geroni/igaa048

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3575-3584, 2016.DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>

HOLT-LUNSTAD, J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. **Public Policy & Aging Report**, v. 27, n. 4, p. 127-130, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>

HOWARD, D. M. *et al.* Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. **Nature Neuroscience**, v. 22, n. 3, p. 343-352, 2019.DOI: 10.1038 / s41593-018-0326-7

HUGHES, M. E. *et al.* A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. **Research on aging**, v. 26, n. 6, p. 655-672, 2004.DOI: 10.1177/0164027504268574

HULL, S. L.; KNEEBONE, I. I.; FARQUHARSON, L. Anxiety, depression, and fall-related psychological concerns in community-dwelling older people. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 21, n. 12, p. 1287-1291.DOI: 10.1016/j.jagp.2013.01.038

ICHIMORI, A.; TSUKASAKI, K.; KOYAMA, E. Illuminance, subjective sleep quality, and psychosomatic health in elderly individuals requiring care: A survey of Japan's Hokuriku region in winter. **Journal of community health nursing**, v. 32, n. 2, p. 104-114, 2015.DOI: 10.1080/07370016.2015.1026158

JORGETTO, G. V.; MARCOLAN, J. F. Perfil de pessoas com sintomas depressivos e comportamento suicida em população geral de cidade mineira. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 2, pg. e26010212521, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12521

KANDOLA, A. *et al.* Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 107, p. 525-539, 2019.DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.040

- KEVELDE, T, *et al.* Depressive symptoms increase fall risk in older people, independent of antidepressant use, and reduced executive and physical functioning. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 60, n. 1, p. 190–5, 2015.DOI: 10.1016/j.archger.2014.09.003
- KIM, J. *et al.* Body mass index and depressive symptoms in older adults: a cross-lagged panel analysis. **PloS one**, v. 9, n. 12, p. e114891, 2014.DOI: 10.1371/journal.pone.0114891
- KIVI, M.; HANSSON, I.; BJÄLKEBRING, P. Up and about: Older adults' well-being during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 2, p. e4-e9, 2021.DOI: 10.1093/geronb/gbaa084
- KOTWAL, A. A. *et al.* Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 69, n. 1, p. 20-29, 2021.DOI:10.1111/jgs.16865
- LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. T. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 205-212, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
- LARA, E. *et al.* Exploring the effect of loneliness on all-cause mortality: Are there differences between older adults and younger and middle-aged adults? **Social Science & Medicine**, v. 258, p. 113087, 2020.DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113087
- LAZAR-NETO, F. *et al.* Depression and its correlates among Brazilian immigrants in Massachusetts, USA. **Journal of immigrant and minority health**, v. 20, n. 4, p. 832-840, 2018.DOI: 10.1007 / s10903-017-0632-2
- LECHNER, W. V. *et al.* Effects of time-varying changes in tobacco and alcohol use on depressive symptoms following pharmaco-behavioral treatment for smoking and heavy drinking. **Drug and alcohol dependence**, v. 194, p. 173-177, 2019.DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.09.030
- LEE, M. R. The association between muscular strength and depression in Korean adults: a cross-sectional analysis of the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI) 2014. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1123, 2018 DOI: 10.1186 / s12889-018-6030-4
- LEE, S. L. *et al.* The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 48-57, 2021.DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30383-7
- LEVINSTEIN, M. R., & SAMUEL, B. A. (2014). Mechanisms underlying the antidepressant response and treatment resistance. **Frontiers in behavioral neuroscience**, v. 8, p. 208, 2014. DOI: 10.3389/fnbeh.2014.00208
- LI, Z. B. *et al.* Obesity and depressive symptoms in Chinese elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 68-74, 2004. DOI: 10.1002/gps.1040
- LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, p. 97-103, 2016.Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463798010>

LIMA, L. G. B. *et al.* Características de usuários com diagnóstico de Transtorno Depressivo atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.160754

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1893-1902, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800016>

LIPTON, R. B. *et al.* GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1545-602, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6

LUO, H. *et al.* Obesity and the onset of depressive symptoms among middle-aged and older adults in China: evidence from the CHARLS. **BMC Public Health**, v. 18, p. 909, 2018. DOI: 10.1186/s12889-018-5834-6

LUHMANN, M.; HAWKLEY, L. C. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. **Developmental psychology**, v. 52, n. 6, p. 943-59, 2016. DOI: 10.1037/dev0000117

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalence and associated factors of depressive symptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100004>

MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L. Population-based surveys and monitoring of noncommunicable diseases. **Revista de Saúde Pública**, v. 51 Suplemento 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.201705100sup11ap>

MARIANI, N. *et al.* Gene expression studies in Depression development and treatment: an overview of the underlying molecular mechanisms and biological processes to identify biomarkers. **Translational psychiatry**, v.11, n.1, p.354, 2021. DOI: 10.1038/s41398-021-01469-6.

MATA, L. R. F. *et al.* Validade e confiabilidade da Escala de Solidão da UCLA versão 3 entre idosos brasileiros. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210087, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0087>

MATIAS, A. G. C. *et al.* Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, p. 6-11, 2016. DOI: 10.1590 / S1679-45082016AO3447

MARGARET, T. *et al.* Racial and Ethnic Differences in the Association Between Obesity and Depression in Women. **Journal of Women's Health**, v. 2, n. 5, p. 445-452, 2013. DOI: 10.1089/jwh.2012.4111

MENDES-CHILOFF, C. L. *et al.* Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.

MEZUK, B. *et al.* Loneliness, Depression, and Inflammation: Evidence from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **PLoS One**. v. 11, n. 7, p. e0158056, jul. 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0158056

MILENKOVIC, V. M. *et al.* The Role of Chemokines in the Pathophysiology of Major Depressive Disorder. **Int J Mol Sci.**, v. 20, n. 9, p. 2283, maio, 2019. DOI: 10.3390/ijms20092283

MULUGETA, A. *et al.* Obesity and depressive symptoms in mid-life: a population-based cohort study. **BMC Psychiatry**, v.18, n.1, p.297, 2018. DOI: 10.1186/s12888-018-1877-6

NAMKEE, G. C. *et al.* Longitudinal Associations of Falls and Depressive Symptoms in Older Adults. **The Gerontologist**, v.59, n.6, p.1141–1151, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gny179>

NERI, A. L. *et al.* Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000613

NIEDZWIEDZ, C. L. *et al.* Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 75, n. 3, p. 224-231, 2021. DOI: 10.1136/jech-2020-215060

NOBIS, A.; ZALEWSKI, D.; WASZKIEWICZ, N. Peripheral Markers of depression. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 12, p. 3793, 2020. DOI: 10.3390/jcm9123793

OLIVEIRA, A. P. S. V.; SILVA, M. M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=es&nrm=iso)>

OLIVEIRA, L. M. de *et al.* Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>

OLIVEIRA, D. *et al.* Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p. 803-812, 2019b. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200319>

OLIVEIRA, P. C. de *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1553-1564, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>.

ORSOLINI, L. *et al.* C-Reactive Protein as a Biomarker for Major Depressive Disorder? **International journal of molecular sciences**, v.23, n.3, p. 1616, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms23031616>

OSÓRIO, F. L.; MENDES, A.V.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, p. 216-227, 2009. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

OUYANG, P.; SUN, W. The association between depressive symptoms and fall accidents among middle-aged and elderly people in China. **Environmental health and preventive medicine**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2018. DOI: [10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x)

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, pp. 918-92,2005. DOI:10.1590/s0034-89102005000600008.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. G. Differences in depression: Critical review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 6, p. 486-492, 2000. DOI: 10.1192/bjp.177.6.486.

PINQUART, M.; SORENSEN, S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. **Basic and applied social psychology**, v. 23, n. 4, p. 245-266, 2001. DOI: [10.1207/153248301753225702](https://doi.org/10.1207/153248301753225702)

PINQUART, M.; SORENSEN, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: A meta-analysis. **Advances in Psychology Research**, v.19, n.3, p.111–143, 2003. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2003-00988-005>

PORTO, C. M.; SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E. B. Contribuições da vitamina D no tratamento de sintomas depressivos e fatores de risco cardiovascular: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. **Trials**, v. 20, n. 1, 2019. DOI:10.1186/s13063-019-3699-3

PRIZER, L. P. *et al.* Depressive symptomology management and falls among middle aged and older adults. **Aging & Mental Health**, v. 20, n. 1, p. 13-21, 2016. DOI: 10.1080/13607863.2015.1021748.

RADLOF, L. S. The CES-D Scale: A self-report depressive scale for research in the general population. **Journal of Applied Psychological Measurement**, v.1, n.3, p.385-401, 1977. DOI: [10.1177/014662167700100306](https://doi.org/10.1177/014662167700100306)

RAMOS, F. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 19, p. e239, 2019. DOI:<https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000400018.

RICO-URIBE, L.A. *et al.* Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. **PLoS One**, v. 11, n. 1, p. e0145264, 2016. DOI:10.1371/journal.pone.0145264.



ROMERO, D. E. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00216620, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>>.

RUBIN, L. F. *et al.* Depression as a moderator of the prospective relationship between mood and smoking. **Health Psychology**, v. 39, n. 2, p. 99-106, 2020. DOI: 10.1037/hea0000816.

SANTIAGO, L. M.; MATTOS, I. E. Sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 216-224, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004965>.

SHAO, X.; ZHU, G. Associations among monoamine neurotransmitter pathways, personality traits, and major depressive disorder. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 381, 2020. DOI:10.3389/fpsy.2020.00381.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>>.

SILVA, J. A. D. Diagnóstico de diabetes mellitus e convivência com condição crônica: estudo participativo. **BMC Public Health**., v. 18, n. 1, p. 699, 2018. DOI: 10.1186/s12889-018-5637-9.

SILVA, P. O. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n.05, e190088, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190088>>.

SHI, P. *et al.* A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males. **Frontiers in psychiatry**, 12, 589687. DOI: 10.3389/fpsy.2021.589687.

SOUSA, K. A. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-7, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170028

SOUZEDO, F. B.; BIZARRO, L.; PEREIRA, A. P. A. de. O eixo intestino-cérebro e sintomas depressivos: uma revisão sistemática dos ensaios clínicos randomizados com probióticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n.4, p. 269-276, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000285>>.

STEIN, E. A. *et al.* Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: a functional MRI study. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 8, p. 1009-1015, 1998. DOI: 10.1176/ajp.155.8.1009.

STOLZ, E.; MAYERL, H.; FREIDL, W. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. **European journal of public health**, v. 31, n. 1, p. 44-49, 2021. DOI:10.1093/eurpub/ckaa238.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n.2, p.170-80, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>>.

STUBBS, B. *et al.* Falls in older adults with major depressive disorder (MDD): a systematic review and exploratory meta-analysis of prospective studies. **International psychogeriatrics**, v. 28, n. 1, p. 23-29, 2016. DOI: 10.1017/S104161021500126X.

TAHERI TANJANAI, P.; MORADINAZAR, M.; NAJAFI, F. Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 17, n. 1, p. 126-131, 2017. DOI: 10.1111/ggi.12680

TEYCHENNE, M. *et al.* Do we need physical activity guidelines for mental health: What does the evidence tell us? **Mental Health and Physical Activity**, v. 18, p. 100315, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100315>

TORQUATO, A.C.S, *et al.* Avaliação do diagnóstico de depressão realizado por médicos da Atenção Primária à Saúde de Anápolis. **Rev. Educ. Saúde**; v. 6 n.1, 70-79, 2018. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i1.p70-79>

TORRES, J. L. *et al.* Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI COVID-19 initiative. **Aging & Mental Health**, v. 26, n.5, 898-904, 2022. DOI: 10.1080/13607863.2021.1913479.

TSAI, A. C.; CHI, S. H.; WANG, J. Y. Cross-sectional and longitudinal associations of lifestyle factors with depressive symptoms in  $\geq 53$ -year old Taiwanese-results of an 8-year cohort study. **Preventive medicine**, v. 57, n. 2, p. 92-97, 2013. DOI: 10.1016/j.ypmed.2013.04.021

VALADARES, F. A. *et al.* Sintomatologia depressiva pode alterar o estilo de vida de idosos: estudo transversal caso-controle. **Motricidade**, v. 15, n. 2-3, p. 52-60, 2019. <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.12873>

vAN TILBURG, T. G. *et al.* Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 7, p. e249-e255, 2021. doi: 10.1093/geronb/gbaa111.

vAN WINKEL, M. *et al.* Unraveling the Role of Loneliness in Depression: The Relationship Between Daily Life Experience and Behavior, **Psychiatry**, v. 80, n.2, 104-117, 2017. DOI: 10.1080/00332747.2016.1256143

VICTOR, C. R.; YANG, K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. **The Journal of Psychology**, v.146, n. 1-2, p. 85–104, 2012. DOI: 10.1080/00223980.2011.613875.

VILARINO, J. F. *et al.* Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 43-49, 1998. DOI:10.1590/S0034-89101998000100006

WANG, G. *et al.* Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 7, n. 10, p. e016091, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016091.

WEN, Y. *et al.* Incidence and risk factors of depressive symptoms in 4 years of follow-up among mid-aged and elderly community-dwelling Chinese adults: findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study. **BMJ open**, v. 9, n. 9, p. e029529, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029529.

WERNECK, A. O. *et al.* Physical inactivity and elevated TV-viewing reported changes during the COVID-19 pandemic are associated with mental health: A survey with 43,995 Brazilian adults. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 140, p. 1-6, 2021. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110292.

de WIT, L. M. *et al.* Depression and body mass index, a u-shaped association. **BMC Public Health**, v. 9, p.14, 2009. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-14>

WHITEFORD, H. A. *et al.* The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PloS One**, v. 10, n. 2, e0116820, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0116820.

WITTAYANUKORN, S.; QIAN, J.; HANSEN, R.A. Prevalence of depressive symptoms and predictors of treatment among U.S. adults from 2005 to 2010. **General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 3, p.330-336, 2014. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.12.009

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: **World Health Organization**; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression. Geneva: **World Health Organization**; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: **World Health Organization**; 2022a. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. Geneva: **World Health Organization**; 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

XIANG X.; AN R. Obesity and onset of depression among U.S. middle-aged and older adults. **Journal of Psychosomatic Research**, v.78, n.3, 242-248, 2015. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.12.008.

XIE, Y.*et al.* Dose-response relationship between intergenerational contact frequency and depressive symptoms amongst elderly Chinese parents: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v 20, n.1, p.349, 2020. DOI:10.1186/s12877-020-01751-0

XIE, Y. *et al.* Factors associated with depressive symptoms among the elderly in China: structural equation model. **International psychogeriatrics**, v. 33, n. 2, p. 157-167, 2021. DOI: 10.1017/S1041610220001398.

YUN, M.; KIM, E. Gender difference in the association between alcohol consumption and depressive symptoms among the elderly in rural areas. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**, v. 21, n.1, 36-54, 2019. DOI: 10.1080/15332640.2019.1704336.

YANG, K.; VICTOR, C. Age and loneliness in 25 European nations. **Ageing & Society**, v.31, n. 8, p.1368-88, 2011.DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>

ZAVALA, G. A. *et al.* Association between obesity and depressive symptoms in Mexican population. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 53, n. 6, p. 639-646, 2018.DOI:<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1517-y>

ZHANG, S.X. *et al.* Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. **Psychiatry Res**, 288: 112958, 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112958.

ZHOU, S. *et al.* Socioeconomic status and depressive symptoms in older people with the mediation role of social support: A population-based longitudinal study. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 30, n. 4, p.e1894, 2021.DOI: 10.1002/mpr.1894.

## APÊNDICE A

Código:

### PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

**Dados do entrevistador**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ minutos

Observações/contexto da entrevista:

<b>USF:</b> (1) Interlagos (4) Maristela (7) Santo André (2) Jardim Atenas (5) Paranapungá (8) Vila Haro (3) Jupiá (6) Santa Rita (9) Vila Piloto	
<b>Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____ Idade: ____ anos	
<b>Estado Civil:</b> (1) Casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo	
<b>Escolaridade:</b> Número de anos de estudo: ____ anos Obs: Marcar 0 (zero) para Analfabetos/Não estudou / Deixar em branco para Não Respondeu	
<b>Renda familiar mensal (em reais):</b> Obs: Para renda individual e familiar, marcar 0 (zero) para sem renda / Deixar em branco para Não Respondeu	
<b>Trabalha atualmente?</b> (1) Sim (0) Não (99) NR Se sim, o que faz?	
<b>O Sr. (a) utiliza algum medicamento de forma contínua?</b> (1) Sim (0) Não (99) NR Número de medicamentos: _____	
<b>O Sr. (a) caiu alguma vez nos últimos dois anos?</b> (1) Sim (0) Não (99) NR Se sim, quantas vezes? _____ Datas aproximadas (mês/ano): _____	
<b>Avaliação subjetiva da saúde e Satisfação global com a vida</b>	
De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	
<b>Dependência - Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody</b>	
<b>Em relação ao uso do telefone</b> 3 Recebe e faz ligações sem assistência 2 Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas 1 Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	
<b>Em relação às viagens</b> 3 Realiza viagens sozinho 2 Somente viaja quando tem companhia 1 Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	

<p><b>Em relação à realização de compras</b></p> <p>3 Realiza compras, quando é fornecido o transporte</p> <p>2 Somente faz compra quando tem companhia</p> <p>1 Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras</p>	
<p><b>Em relação ao preparo de refeições</b></p> <p>3 Planeja e cozinha as refeições completas</p> <p>2 Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda</p> <p>1 Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições</p>	
<p><b>Em relação ao trabalho doméstico</b></p> <p>3 Realiza tarefas pesadas</p> <p>2 Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas</p> <p>1 Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico</p>	
<p><b>Em relação ao uso de medicamentos</b></p> <p>3 Faz uso de medicamento sem assistência</p> <p>2 Necessita de lembretes ou de assistência</p> <p>1 É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos</p>	
<p><b>Em relação ao manejo do dinheiro</b></p> <p>3 Preenche cheque e a as contas sem auxílio</p> <p>2 Necessita de assistência para o uso de cheque e contas</p> <p>1 Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas</p>	
<p><b>Isolamento social</b></p> <p>Número de pessoas que moram na casa: _____</p> <p>Obs: contar o participante como uma pessoa / Deixar em branco para Não Respondeu</p>	
<p>Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que está à vontade e pode falar de tudo). Nº de amigos íntimos e familiares próximos: _____</p>	
<p>Participa de grupos sociais (centro comunitário, igreja, etc.)? (1) Sim (0) Não (99) NR</p>	
<p>Participa de atividades de lazer (festas, passeios, etc.)? (1) Sim (0) Não (99) NR</p>	
<b>Depressão - Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)</b>	
<p>Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante <b>a semana passada</b>. Preencha com:</p> <p>0 (zero) para raramente ou nunca (menos que um dia)</p> <p>1 (um) para durante pouco ou algum tempo (1 ou 2 dias)</p> <p>2 (dois) para ocasionalmente ou durante um tempo moderado (3 a 4 dias)</p> <p>3 (três) para durante a maior parte do tempo ou todo o tempo (5 a 7 dias)</p> <p>Obs: nas questões 4, 8, 12 e 16, inserir a pontuação da resposta na coluna da esquerda e a pontuação correspondente (invertida) na coluna da direita.</p>	
<p>1) Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam</p>	

2) Não tive vontade de comer; pouco apetite					
3) Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos					
4) Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas*					
5) Senti dificuldade em me concentrar no que fazia					
6) Senti-me deprimido					
7) Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais					
8) Senti-me otimista sobre ao futuro*					
9) Considerei que a vida tinha sido um fracasso					
10) Senti-me amedrontado					
11) Meu sono não foi repousante					
12) Estive feliz*					
13) Falei menos que o habitual					
14) Senti-me sozinho					
15) As pessoas não foram amistosas comigo					
16) Aproveitei minha vida*					
17) Tive crises de choro					
18) Senti-me triste					
19) Senti que as pessoas não gostavam de mim					
20) Não consegui levar adiante minhas coisas					
<b>Obesidade</b>					
<b>Peso:</b> 1° _____ kg      2° _____ kg      3° _____ kg					
<b>Estatura:</b> 1° _____ m      2° _____ m      3° _____ m					
<b>IMC:</b> _____ kg/m <sup>2</sup> (IMC= Peso/ altura <sup>2</sup> )					
<b>Adulto</b>	≤18,5	(1) Baixo peso	<b>Idoso</b>		
	Entre 18,5 e 24,9	(2) Peso adequado		≤22	(1) Baixo peso
	Entre 25 e 29,9	(3) Sobrepeso		Entre 22 e 26,9	(2) Peso adequado
	≥30	(4) Obesidade		≥27	(3) Sobrepeso
<b>Transtorno do sono</b>					

Você possui algum transtorno do sono? NR	(1) Sim (0) Não (99)	
Tem dificuldade para dormir? NR	(1) Sim (0) Não (99)	
Toma medicamentos para dormir? NR	(1) Sim (0) Não (99)	
Média <b>HORAS</b> sono por noite (considerar a média última semana)		
<b>Escala Brasileira de Solidão UCLA</b>		
Abaixo se encontram várias afirmativas sobre a forma que alguém pode se sentir. Com que frequência você se sente como descrito em cada uma das afirmativas abaixo.  <b>0 = NUNCA 1 = RARAMENTE 2 = ALGUMAS VEZES 3 = FREQUENTEMENTE</b>		
1. Eu me sinto infeliz por fazer tantas coisas sozinho(a).		
2. Eu não tolero ficar tão sozinho(a).		
3. Eu sinto que não tenho companhia.		
4. Eu sinto que ninguém me compreende.		
5. Eu fico esperando as pessoas me ligarem ou escreverem.		
6. Eu sinto que não tenho ninguém a quem eu possa recorrer.		
7. Eu não me sinto próximo(a) a ninguém.		
8. Sinto que meus interesses e ideias não são compartilhados por aqueles que me rodeiam.		
9. Eu me sinto excluído(a).		
10. Eu me sinto completamente sozinho(a).		
11. Eu sou incapaz de me aproximar e de me comunicar com as pessoas ao meu redor.		
12. Eu sinto que minhas relações sociais são superficiais.		
13. Eu me sinto carente de companhia.		
14. Eu sinto que ninguém me conhece realmente bem.		
15. Eu me sinto isolado(a) das outras pessoas.		
16. Sou infeliz estando tão excluído(a).		
17. Para mim é difícil fazer amigos.		
18. Eu me sinto bloqueado(a) e excluído(a) por outras pessoas.		
19. Sinto que as pessoas estão ao meu redor, mas não estão comigo.		



20. Eu me sinto incomodado(a) em realizar atividades sozinho(a).							
<b>Tabagismo</b>							
Você fuma atualmente? NR						(1) Sim (0) Não (99)	
Se sim, quantos cigarros por dia? _____							
Já fumou?						(1) Sim (0) Não (99) NR	
Se sim, parou há quanto tempo? _____ meses							
<b>Atividade física</b>							
Autorreferida - Você se considera fisicamente ativo? NR						(1) Sim (0) Não (99)	
<b>QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ - VERSÃO CURTA</b> - As perguntas estão relacionadas ao tempo gasto, <b>em minutos</b> , fazendo atividade física na <b>ÚLTIMA</b> semana.  <b>TENTE ESPECIFICAR AO MÁXIMO O TEMPO DE CADA ATIVIDADE.</b>  <b>CUIDADO COM RESPOSTAS GENÉRICAS</b> (Ex: trabalho a tarde toda fazendo atividade)							
<b>Atividades moderadas</b> (algum esforço físico e fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal)						Total min.	
Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb		Dom
<b>Atividades vigorosas</b> (grande esforço físico e fazem respirar MUITO mais forte que o normal)						Total min.	
Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb		Dom

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título do Projeto:** Acompanhamento de adultos e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: avaliação dos fatores de risco para demência e da fragilidade

**Pesquisador Responsável:** Bruna Moretti Luchesi

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

**Telefone para contato:** +55 (67) 3509-3744

Nome do participante: \_\_\_\_\_

O(A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, do projeto de pesquisa intitulado: “**Acompanhamento de adultos e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: avaliação dos fatores de risco para demência e da fragilidade**” de responsabilidade das pesquisadoras Bruna Moretti Luchesi e Tatiana Carvalho Reis Martins.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) decida participar. Se precisar, podemos lhe dar um tempo para pensar e/ou para consultar, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida.

- **Objetivo do Estudo:** o objetivo desse projeto é acompanhar adultos e idosos do município de Três Lagoas/MS quanto aos fatores de risco para demência e a fragilidade. Você será esclarecido sobre toda a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sua participação NÃO é obrigatória, e, você pode desistir de participar a qualquer momento, retirando seu termo de consentimento, sem que isso acarrete qualquer dano ou penalidade para você. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

- **Procedimentos:** O Sr(a) foi selecionado por ser cadastrado em uma unidade de saúde do município e ter mais de 45 anos de idade. Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas sobre o seu perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, com quem mora), de saúde (se possui doenças, se usa medicamentos), sua cognição (memória, linguagem, atenção), seu estado de humor (se sente-se triste, desanimado, pessimista), hábitos de vida (como uso de cigarro e álcool, alimentação), prática de atividade física e de lazer, alimentação e avaliação da fragilidade (perguntas sobre como avalia sua saúde, se consegue fazer as atividades do dia-a-dia sozinho, se tem problemas de visão ou de audição). Os pesquisadores também vão te pesar e medir para conhecer a sua massa corporal. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente trinta minutos. Essas informações não serão reveladas a ninguém e esses dados serão utilizados somente para este estudo. Seu sigilo será preservado.

- **Riscos da pesquisa:** responder ao questionário não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responde-las. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o(a) senhor(a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Também há risco de quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para tanto, você terá a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas quanto às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo e responder às mesmas. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto por conta dos procedimentos de pesquisa, será garantida a indenização em relação aos mesmos, bem como a assistência imediata, em situações em que dela necessite, e assistência integral e acompanhamento, para atender complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

- **Benefícios:** Os participantes não receberão qualquer tipo de benefício financeiro por participar do presente projeto, sendo sua adesão de livre consentimento, no qual eles podem solicitar sua saída do projeto em qualquer momento, sem qualquer prejuízo por essa decisão. Os benefícios são indiretos, pois ajudarão a entender a situação dos fatores de risco para demência e da fragilidade em adultos e idosos ao longo dos anos. Também será garantida indenização mediante a danos eventuais por conta dos procedimentos de pesquisa, no que concerne ao questionário de avaliação. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do(a) senhor(a) na pesquisa. Entretanto, será garantido o ressarcimento de qualquer tipo de despesa não prevista relacionada ao desenvolvimento do projeto. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e os resultados serão apresentados em eventos científicos e em artigos científicos submetidos em periódicos nacionais ou internacionais.

- **Confidencialidade da Pesquisa:** As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo de toda e qualquer informação acerca de sua participação. Os dados não serão divulgados de modo que não possibilite sua identificação. Não será utilizado seu nome em momento algum da pesquisa. A participação no estudo não acarretará prejuízos e/ou custos a você e também não haverá nenhuma compensação financeira pela sua participação. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual constará a identificação do pesquisador responsável, assim como endereço e telefone, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, inclusive desistir de participar do mesmo a qualquer momento.

A coordenadora do projeto é a pesquisadora Bruna Moretti Luchesi, que pode ser encontrada no endereço: UFMS unidade II, localizado na Av. Ranulpho Marques Leal, 3.484 - Caixa Postal 210, CEP 79620-080. Três Lagoas – MS. Telefone para contato: +55 (67) 3509-3744.

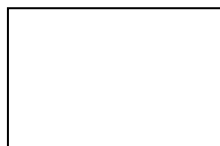
O participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UFMS, localizado no endereço UFMS – Cidade Universitária, Av. Costa e Silva – Pioneiros, Campo Grande, MS, CEP: 79070-900 – Prédio “Hércules Maymone” – 1º andar. Telefone: +55 (67) 3345-7187. E-mail: cepconep.propp@ufms.br para retirada de dúvidas e poder certificar-se da idoneidade do presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Impressão datiloscópica:

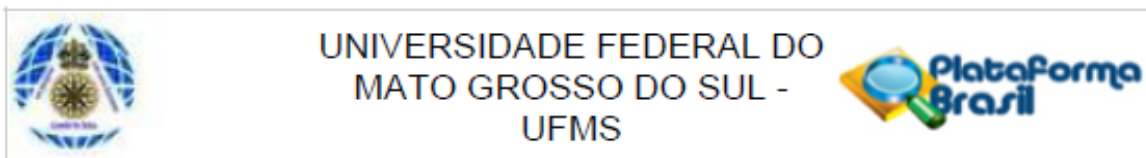


Nome do responsável por obter o consentimento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nota: este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em **duas vias**, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pela pesquisadora responsável por um **período de 5 anos**, conforme previsto na Res. CNS/MS 466/2012.

**ANEXO A**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RASTREAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA DEMÊNCIA E DA FRAGILIDADE EM ADULTOS E IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Bruna Moretti Luchesi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 85481518.4.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.596.194

**Apresentação do Projeto:**

O envelhecimento populacional há décadas tem se tornado uma realidade próxima tanto de países desenvolvidos quanto de países em desenvolvimento (THUN, et al., 2010). No Brasil, a velocidade do mesmo acontece de forma mais acelerada do que aconteceu nos países desenvolvidos, fazendo com que a preparação da sociedade como um todo para se adequar às demandas advindas desse novo perfil populacional seja deficitária em muitos aspectos, como por exemplo na área da saúde (BANCO MUNDIAL, 2011). Ao contrário do que muitos acreditam, envelhecer não é sinônimo de perdas, doenças e dependência. É um processo heterogêneo e multidimensional, influenciado por fatores biopsicossociais. Portanto, a idade cronológica, por si só, não é o melhor indicador para evidenciar as condições de saúde do indivíduo. Assim, a identificação de idosos que possuem maior vulnerabilidade a desfechos adversos como quedas, internações, institucionalização e óbito é importante (MORAES et al., 2016a). O termo fragilidade é bastante utilizado para caracterizar essa vulnerabilidade. Porém, esse termo ainda possui diferentes definições e formas de avaliação, o que dificulta sua operacionalização na prática e em pesquisas. O consenso existente é que a fragilidade é uma síndrome multidimensional. Moraes et al. (2016b) definiram fragilidade como uma redução da reserva homeostática e/ou da habilidade de adaptação aos problemas biopsicossociais, que leva a um maior declínio funcional. Nesse modelo, as condições associadas aos desfechos adversos podem ser de caráter clínico-funcional e sócio-familiar, envolvendo uma

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 2.596.194

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1088134.pdf	06/03/2018 23:38:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Bruna_novo.pdf	06/03/2018 23:37:33	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada_2018.pdf	06/03/2018 23:36:07	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	PROTOCOLO_COLETA_DADOS.pdf	06/03/2018 00:05:28	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	Aprovacao_secretaria.pdf	06/03/2018 00:03:49	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_finall.pdf	06/03/2018 00:01:37	Bruna Moretti Luchesi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

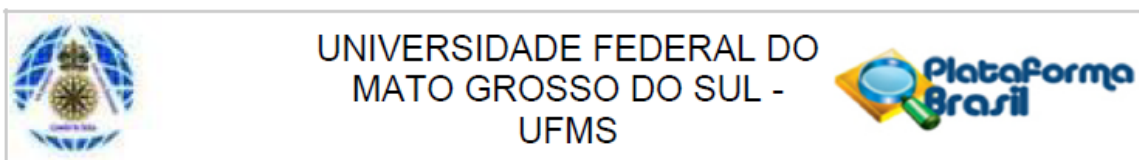
CAMPO GRANDE, 12 de Abril de 2018

---

Assinado por:  
Geraldo Vicente Martins  
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

**ANEXO B**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** ACOMPANHAMENTO DE ADULTOS E IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEMÊNCIA E DA FRAGILIDADE

**Pesquisador:** Bruna Moretti Luchesi

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 29359520.1.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.467.405

**Apresentação do Projeto:**

Devido ao envelhecimento populacional, o rastreamento da fragilidade é importante, principalmente para identificar os desfechos adversos como quedas, hospitalizações, institucionalização e óbito. Além disso, conhecer os fatores de risco para demência e acompanhá-los ao longo do tempo é relevante para direcionar intervenções, já que estão diretamente relacionados à redução de novos casos no futuro. O local mais adequado para realizar esse acompanhamento é a Atenção Primária à Saúde, que possui como uma das modalidades de atendimento a Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo do presente projeto é acompanhar adultos e idosos do município de Três Lagoas/MS no que tange aos fatores de risco para demência e a fragilidade. Trata-se de um estudo longitudinal e quantitativo, desenvolvido com adultos e idosos (45 anos), os quais serão reavaliados no domicílio quanto às características sociodemográficas, de saúde, os fatores de risco principais (escolaridade, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, perda auditiva, fumo, isolamento social, depressão e inatividade física) e possíveis (traumatismo craniano, déficit visual, transtorno do sono, unilinguismo, uso de álcool e má alimentação) para demência, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20 – somente nos idosos), e avaliação dos seguintes desfechos: quedas, hospitalizações, institucionalização e óbito. Espera-se que o estudo possa contribuir para conhecer quais fatores podem levar aos desfechos adversos supracitados de uma amostra de adultos e idosos, bem como auxiliar no

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias ç Hércules Maymone ç 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 4.467.405

desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164754_1_E1.pdf	20/11/2020 15:32:36		Aceito
Outros	resposta_parecer_cep1_emenda.pdf	20/11/2020 15:25:41	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	PROTOCOLO_COLETA_DADOS_long_novo_EmendaCEP1.pdf	20/11/2020 15:24:03	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	Carta_de_Emenda.pdf	13/10/2020 16:48:35	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetolongitudinal_CEP_emenda.pdf	13/10/2020 16:47:04	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Sec_Saude_nova.pdf	27/03/2020 12:58:43	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2020 18:11:40	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	04/02/2020 11:10:53	Bruna Moretti Luchesi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias ç Hércules Maymone ç ç 1º andar  
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br