

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS, QUALIDADE DE SONO E COGNIÇÃO DE IDOSOS EM UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA GERIÁTRICA

EVALUATION OF ANXIOUS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS, SLEEP QUALITY AND COGNITION OF ELDERLY IN A GERIATRIC PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS, CALIDAD DE SUEÑO Y COGNICIÓN DE ANCIANOS EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

Isabella Serafin Couto¹, Vanessa Sgnaolin¹, Herika Juliana Lucena de Araújo¹,
Júlia Rebelatto¹, Paula Engroff¹, Alfredo Cataldo Neto¹.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Recebido/Received: 05-05-2024 Aceite/Accepted: 19-10-2024 Publicado/Published: 30-11-2024

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(02\).670.29-48](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(02).670.29-48)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

RESUMO

Introdução: O aumento da população idosa cresce concomitante com as queixas de ansiedade e depressão, frequentemente associadas a problemas com a qualidade do sono e alteração cognitiva, impactando a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar transtornos depressivos e/ou ansiosos, relacionando-os a alterações de sono e declínio cognitivo em pacientes do ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do Hospital São Lucas da PUCRS, Brasil.

Métodos: Estudo transversal de março de 2022 a novembro de 2023, utilizando instrumentos que rastreiam ansiedade e depressão, declínio cognitivo, qualidade de sono e vulnerabilidade em idosos.

Resultados: Foram investigados no estudo 246 idosos com 60 anos ou mais. Os idosos com sintomas depressivos frequentemente viviam acompanhados; não exerciam atividade remunerada ou tinham cuidador. Moderada ou alta vulnerabilidade clínico-funcional aumentou as chances de sintomas depressivos; alta vulnerabilidade associou-se a sintomas de ansiedade. Alterações cognitivas estiveram independentemente associadas a sintomas depressivos; sintomas ansiosos correlacionaram-se com alterações no domínio de atenção e orientação. Distúrbios do sono aumentaram as chances de sintomas ansiosos, enquanto má qualidade do sono esteve associada a sintomas depressivos.

Conclusão: Os sintomas de ansiedade e depressão em idosos estão conectados a pior qualidade do sono ou distúrbio do sono e declínio cognitivo, fornecendo estratégias direcionadas de aprimoramento do tratamento e da qualidade de vida desse grupo.

Palavras-chaves: Ansiedade; Depressão; Disfunção Cognitiva; Idoso; Qualidade do Sono.

ABSTRACT

Introduction: The older population increases concomitantly with increasing complaints of anxiety and depression, often associated with sleep disturbances and cognitive changes, impacting quality of life. This study aimed to evaluate anxiety and/or depressive disorders and relate them to sleep disturbances and cognitive decline in patients seen in the geriatric psychiatry outpatient clinic of Hospital São Lucas, affiliated with Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brazil.

Methods: We conducted a cross-sectional study from March 2022 to November 2023 using screening tools for anxiety, depression, cognitive decline, sleep quality, and vulnerability in older adults.

Results: A total of 246 older people aged ≥ 60 years were investigated in this study. Those

with depressive symptoms more frequently lived with others, were not in paid work, and had no caregiver. Moderate-to-high clinical-functional vulnerability increased the likelihood of depressive symptoms. High vulnerability was associated with anxiety symptoms. Cognitive changes were independently associated with depressive symptoms. Anxiety symptoms correlated with changes in the attention & orientation domain. Disturbed sleep increased the likelihood of anxiety symptoms, whereas poor sleep quality was associated with depressive symptoms.

Conclusion: Symptoms of anxiety and depression in older people are connected to poor sleep quality or disturbed sleep and cognitive decline, supporting targeted strategies to improve treatment and quality of life for this population.

Keywords: Aged; Anxiety; Cognitive Dysfunction; Depression; Sleep Quality.

RESUMEN

Introducción: El aumento de la población anciana crece junto con las quejas de ansiedad y depresión, frecuentemente asociadas a problemas relacionados con la calidad de sueño y alteración cognitiva, suponiendo un impacto sobre la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue evaluar los trastornos depresivos y/o ansiosos, relacionándolos con alteraciones del sueño y deterioro cognitivo en pacientes del servicio ambulatorio de Psiquiatría Geriátrica del Hospital São Lucas de la PUCRS, Brasil.

Métodos: Estudio transversal realizado desde marzo de 2022 hasta noviembre de 2023, en el que se emplearon instrumentos que rastrean la ansiedad y la depresión, el deterioro cognitivo, la calidad del sueño y la vulnerabilidad en personas mayores.

Resultados: En el estudio se investigaron 246 ancianos de 60 años o más. Aquellos que presentaban síntomas depresivos frecuentemente vivían acompañados, no ejercían actividad remunerada o tenían cuidador. Una vulnerabilidad clínico-funcional moderada o alta aumentó las probabilidades de síntomas depresivos; una vulnerabilidad alta se asoció a síntomas de ansiedad. Las alteraciones cognitivas fueron independientemente asociadas a síntomas depresivos; los síntomas ansiosos fueron relacionados con alteraciones en el dominio de la atención y de la orientación. Los trastornos del sueño aumentaron la probabilidad de aparición de síntomas ansiosos, mientras que una mala calidad del sueño se asoció a síntomas depresivos.

Conclusión: Los síntomas de ansiedad y depresión en personas mayores están relacionados con una peor calidad del sueño o trastornos del mismo y con el deterioro cognitivo, proporcionando estrategias dirigidas a la mejora del tratamiento y de la calidad de vida de este grupo.

Descriptores: Anciano; Ansiedad; Calidad del Sueño; Depresión; Disfunción Cognitiva.

INTRODUÇÃO

No mundo, estima-se que o número de idosos alcance 2 bilhões até 2050, representando mais de 20% da população mundial⁽¹⁾ e o Brasil envelhece de forma rápida e intensa, acompanhando as estimativas mundiais. A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos, em 2022 superou a marca dos 32,1 milhões, quase 16% da população total do país⁽²⁾. Um dos estados com maior número de idosos, o Rio Grande do Sul, possui 20,2% de idosos e, seguindo as estimativas, em 2050 deverá ter 25,7% de pessoas com mais de 60 anos⁽¹⁻²⁾. Em Porto Alegre, a capital gaúcha, durante o último Censo do IBGE, foi evidenciado o maior percentual de idosos, 15% da população, com prevalência da população de mulheres idosas, representando 62,3%⁽³⁾.

Os quadros de ansiedade e de humor depressivo são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes na população geral em todo o mundo, caracterizando-se também como uns dos mais comumente observados em idosos⁽⁴⁾. A ansiedade e a depressão, na população geriátrica, muitas vezes é subdiagnosticada, visto que a pessoa idosa pode ser menos atenta à identificação de sintomas, que comumente são relativizados e correlacionados a aspectos de doenças físicas⁽⁵⁾.

A idade avançada, por si só já é um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios do sono; evidências consistentes mostram um maior número de queixas associadas ao sono com o avançar da idade⁽⁶⁾. As alterações do sono (insônia e hipersonia) são mais frequentes entre paciente com diagnóstico de depressão isolada e depressão e ansiedade comórbidas, dado que se confirma, pois, a insônia ou hipersonia fazem parte dos critérios diagnósticos do DSM-5-TR para transtornos depressivos⁽⁷⁾. Yan Press publicou em 2017 um estudo em que se encontrou uma taxa muito alta de comprometimento subjetivo do sono e uma associação entre queixas de sono e depressão e, em particular, ansiedade⁽⁸⁾. Um estudo publicado em 2021, realizado com 2901 idosos, na China, concluiu que as características do sono se correlacionam com o declínio da cognição nos idosos e podem ser influenciadas por múltiplos fatores e hábitos de vida⁽⁹⁾.

O processo cognitivo basal é afetado pela evolução natural de envelhecimento, até mesmo quando não há quadro de ansiedade, contudo, é crucial levar em conta qualquer interação com a ansiedade que ultrapasse e supere os efeitos independentes do envelhecimento⁽¹⁰⁾. A presença de sintomas depressivos mais intensos impacta adversamente o desempenho cognitivo em idosos, resultando em significativa redução nos níveis de desempenho em testes de avaliação neuropsicológica. Um estudo de 2010⁽¹¹⁾ sugere que a associação entre depressão e perdas cognitivas pode ser entendida ao considerar o quadro depressivo como uma resposta emocional à percepção de uma fase inicial de deterioração cognitiva⁽¹¹⁾.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar as pessoas idosas atendidas no Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do Serviço de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS, com episódio de transtorno de humor depressivo e/ou ansioso e verificar a associação com fatores sociodemográficos, clínicos, qualidade do sono e declínio cognitivo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo com delineamento transversal. A população foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos em atendimento no Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do HSL da PUCRS, na cidade de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram: (i) ter idade igual ou superior a 60 anos; (ii) avaliação médica psiquiátrica no ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do HSL; e (iii) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram indivíduos cujos dados de idade, diagnóstico psiquiátrico e queixa principal estivessem incompletos no banco de dados. Para a elaboração do presente artigo foi utilizado o instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Os atendimentos foram realizados por médicos residentes e cursistas do terceiro ano de formação do serviço de psiquiatria, no ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do HSL/PUCRS, e pela equipe multidisciplinar, composta por médicos preceptores e farmacêuticos. Durante o atendimento médico, foi aplicado o Questionário Geral do PESM para coleta de dados socio-demográficos, sendo utilizadas as seguintes informações: dados de identificação, escolaridade, situação ocupacional e de saúde (queixa principal, medicamentos em uso, hipótese(s) de diagnóstico(s), comorbidades, internações psiquiátricas prévias, exames e se possuía cuidador). Os diagnósticos foram realizados pelos médicos e classificados de acordo com o DSM-5-TR⁽⁷⁾.

Foram utilizados instrumentos de rastreio para ansiedade, depressão, qualidade do sono, declínio cognitivo e vulnerabilidade clínico-funcional. Para avaliação da ansiedade, foi utilizada a Escala de Ansiedade Geriátrica (do inglês, *Geriatric Anxiety Inventory* – GAI), um instrumento composto por 20 itens, que pode ser auto respondido, com repostas objetivas (sim ou não). O ponto de corte ideal para identificar transtorno de ansiedade é 10-11⁽¹²⁾.

A Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (do inglês, *Geriatric Depression Scale Short Form* – GDS-15) trata-se de um questionário com 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não), que busca avaliar como a pessoa tem se sentido na última semana. O ponto de corte ideal para identificar sintomas depressivos é 5⁽¹³⁾.

Na avaliação da cognição, foi utilizado o Exame Cognitivo de Addenbrooke (do inglês, *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised – ACE-R*). Este é um instrumento com elevada sensibilidade e especificidade para detecção de transtorno neurocognitivo em estágio leve. É particularmente útil para diferenciar a doença de Alzheimer da demência frontotemporal. O ACE-R inclui a avaliação de diferentes domínios cognitivos, como orientação e atenção, memória, fluência verbal, linguagem e capacidade visuoespacial. Os escores dos 6 domínios podem ser calculados separadamente e a soma total equivale à pontuação final. O ponto de corte de cada domínio, respectivamente, é 17, 15, 8, 22 e 13, e total 78. O miniexame do estado mental (MEEM), contemplado dentro do ACE-R, tem como ponto de corte 25⁽¹⁴⁾.

A qualidade do sono foi avaliada por meio do instrumento de Pittsburgh (do inglês, *Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI*). Esta é uma escala que avalia a qualidade do sono dos pacientes durante o período de um mês. O questionário é composto por 19 perguntas autoavaliadas e 5 perguntas que devem ser respondidas por companheiros de cama ou de quarto. As questões são categorizadas em 7 componentes, graduados em uma pontuação que varia de 0 a 3. Os componentes são qualidade subjetiva do sono (C1), latência do sono (C2), duração do sono (C3), eficiência habitual do sono (C4), distúrbios do sono (C5), uso de medicamentos para dormir (C6) e disfunção diurna (C7). A soma dos escores desses 7 componentes resulta em um escore global, que varia de 0 a 21. Os escores globais entre 0 a 4 pontos indicam uma boa qualidade do sono, de 5 a 10 pontos indicam uma qualidade ruim do sono e escores acima de 10 indicam a presença de algum distúrbio do sono⁽¹⁵⁾.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) é um instrumento para identificação rápida da vulnerabilidade no idoso, o qual aborda aspectos multidimensionais do estado de saúde da pessoa idosa. É composto por 20 perguntas divididas em oito seções (idade, autopercepção de saúde, deficiência funcional, cognição, humor, mobilidade, comunicação e múltiplas comorbidades), sendo que cada seção tem uma pontuação específica e que compõem uma pontuação máxima de 40. Quanto maior o valor obtido, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. O instrumento se mostrou útil na identificação do idoso em risco, com alta confiabilidade em seus resultados, além de ter a vantagem de ser de fácil aplicação, podendo ser utilizado por qualquer profissional de nível médio previamente treinado⁽¹⁶⁾.

Posterior ao atendimento médico, o idoso foi convidado a realizar uma avaliação farmacológica dirigida pelos farmacêuticos do grupo de pesquisa, complementando a avaliação multi-disciplinar.

Aspectos Éticos

O presente projeto foi aprovado pela comissão científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (número 2.823.737) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, juntamente com projeto de pesquisa “Programa de Envelhecimento e Saúde Mental (PESM)” (CAE: 8915821 8.5.0000.5336; Número do Parecer: 2.823.737; Data da Relatoria: 15/08/2018).

Foram respeitados o sigilo e a liberdade do idoso em permanecer no grupo a ser pesquisado. Todos os indivíduos incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O material impresso foi arquivado em sala com acomodação própria para documentos sigilosos. Trata-se de um local de guarda de dados impressos, digitalizados e em forma de banco de dados de acesso restrito denominado “Centro de Documentação”, localizado no Laboratório de Bioquímica e Genética Molecular (LBGM) do IGG.

Análise Estatística

O banco de dados foi digitalizado e processado em planilha do programa Excel®. Posteriormente, os dados foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29. As variáveis foram descritas por frequências, médias e desvios-padrão. As associações entre variáveis categóricas foram testadas através do teste do qui-quadrado de Pearson, em conjunto com a análise dos resíduos ajustados. Em casos específicos, foi realizado o teste de tendência linear do qui-quadrado (variáveis ordinais com poucas categorias). Para controle de fatores confundidores e independência das variáveis, foi realizada análise multivariada pelo modelo de Regressão de Poisson hierárquico com variância robusta. O bloco mais distal foi composto pelas variáveis sociodemográficas, após pelas clínicas e o mais proximal pelos instrumentos ACE-R e PSQI. O critério de entrada no modelo multivariado foi $p < 0,100$ na análise bivariada.

RESULTADOS

Foram avaliados um total de 263 pacientes com idades entre 60 e 90 anos. A média de idade do estudo foi de $70,78 \pm 8,02$ anos, a faixa etária mais predominante foi a de 60 a 69 anos (48,3%). A maioria é do sexo feminino (76,0%), apresenta 9 a 12 anos de estudo completos (36%), possui companheiro (51%), mora com companheiro, familiar ou cuidador (76,4%), é aposentado (77,6%), não exerce atividade remunerada (84,1%) e não tem cuidador principal (77,2%).

Ao analisar os dados clínicos, foi observado que uma grande parcela referiu sintomas ansiosos (69,2%) e depressivos (78,5%).

A Tabela 1^a apresenta os dados dos participantes com sintomas ansiosos e depressivos com base nas respostas das escalas GAI e GDS-15 em relação às variáveis sociodemográficas. Os participantes que exercem atividade remunerada apresentam com maior frequência sintomas ansiosos. Já aqueles que moram com companheiro, familiar ou cuidador e os que não exercem atividade remunerada apresentam com maior frequência sintomas depressivos.

Na Tabela 2^a foi verificada a associação com as variáveis clínicas dos participantes ansiosos e deprimidos. Tanto para os ansiosos quanto para os deprimidos foi observada significância estatística com alta vulnerabilidade clínico-funcional.

A Tabela 3^a demonstra a relação entre sintomas depressivos e ansiosos e a qualidade do sono dos idosos. Os componentes que apresentaram associação significativa nos participantes com sintomas de ansiedade foram pior qualidade do sono, latência do sono acima de 30 minutos e maior disfunção diurna, enquanto, nos pacientes com sintomas depressivos, os componentes foram qualidade subjetiva do sono ruim ou muito ruim, uso de medicamentos para dormir com mais frequência e maior disfunção diurna.

Na Tabela 4^a foi avaliada a associação entre sintomas ansiosos e depressivos e alteração cognitiva. Os participantes com sintomas ansiosos tiveram maior prejuízo na atenção e orientação e os com sintomas depressivos na atenção e orientação e, também, na memória.

A Tabela 5^a apresenta os resultados da análise multivariada dos idosos com sintomas ansiosos e depressivos e as variáveis que permaneceram significativamente associadas, representando fatores de risco independente. Os idosos que apresentavam sintomas ansiosos ou depressivos com maior frequência moravam com companheiro, familiar ou cuidador. Aqueles com sintomas depressivos com maior frequência não exerciam atividade remunerada ou tinham cuidador. Ter vulnerabilidade clínico-funcional alta ou moderada aumenta as chances de o idoso ter sintomas depressivos e a vulnerabilidade clínico-funcional alta de ter sintomas de ansiedade. Os participantes com pontuação alterada no ACE-R total apresentam com maior frequência sintomas depressivos. Os idosos com sintomas ansiosos tinham com maior frequência alteração no domínio atenção e orientação. Em relação ao sono, aqueles com classificação de qualidade do sono ruim ou distúrbio do sono tiveram mais chances de ter sintomas depressivos e os com distúrbio de sono de ter sintomas ansiosos.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou pacientes com sintomas de ansiedade e depressão a partir da correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas, qualidade do sono e alterações cognitivas, que são tão importantes e significativas no processo de envelhecimento.

Conforme uma revisão sistemática realizada em 2023⁽¹⁷⁾, foi observado que ansiedade e depressão se correlacionam positivamente entre si e negativamente com a qualidade de vida. No presente trabalho, foi evidenciado que os participantes classificados com sintomas ansiosos ou depressivos são os que mais frequentemente moram com companheiro, familiar ou cuidador, bem como os idosos que apresentam sintomas depressivos são os que necessitam mais de cuidador. Na literatura científica foi demonstrado que os transtornos de ansiedade podem variar de frequência e gravidade de sintomas leves a graves, o que também pode ser debilitante leve a grave para adultos mais velhos em termos de capacidade funcional⁽¹⁸⁾. Tais informações corroboram os achados apresentados, sendo importante também considerar que a amostra dos participantes da pesquisa pode ser mais frágil e dependente de cuidado específico. Na população idosa as incapacidades funcionais de execução de atividades diárias favorecem os quadros depressivos, uma vez que a pessoa idosa se intitula como não capaz. Porém, mesmo apresentando limitações funcionais, a pessoa idosa precisa de estímulo para exercitar e fortalecer as suas atividades cotidianas, visando aprimoramento da autoconfiança, reabilitação e desempenho das funcionalidades⁽¹⁹⁾.

Em relação à maior necessidade de cuidado, a depressão na idade adulta está associada ao aumento das taxas de comorbidades médicas⁽²⁰⁾. Uma metanálise com 108 estudos indicou que a depressão no final da vida é gravemente subdiagnosticada pelos médicos de atenção primária⁽²¹⁾, corroborando o adoecimento. As condições de vida e as redes familiares parecem ter relação com a saúde mental, embora haja variação entre diferentes valores e culturas familiares⁽²²⁾. O Estudo Fibra-RJ mostrou que idosos que acreditavam ter alguém em sua rede informal em caso de dependência funcional tinham menos probabilidade de apresentar sintomas depressivos clinicamente significativos⁽²³⁾. Os dados sugerem, ainda, que as famílias podem fornecer apoio insuficiente, possivelmente por estarem sobrecarregadas com os seus múltiplos papéis, em consequência das condições de vida a que estão sujeitas e por não possuírem uma rede formal de apoio⁽²⁴⁾.

Uma grande parcela dos idosos com sintomas ansiosos declararam não exercer atividade remunerada. O nível socioeconômico muitas vezes influencia a qualidade de vida, como foi observado em uma revisão publicada em 2023, que observou que a renda da pessoa idosa não possibilitava suprir as necessidades básicas de sobrevivência⁽¹⁷⁾. O trabalho ativo pode

ser considerado protetor em relação aos transtornos de humor nos idosos, mas as associações não são claras, principalmente em países onde são escassas as oportunidades de atividade laboral. Tal falta de oportunidade pode ter relação, sendo que muitos idosos necessitam ter renda por diversas razões, seja para manter ou complementar a renda familiar, ou para manter o nível social, rede, identidade ou prestígio na sociedade, bem como também para ajudar uma empresa familiar⁽²⁵⁾. Os motivos do curso de vida têm consequências divergentes para diferentes formas de ligação social⁽²⁶⁾ e as funções das redes de apoio mudam constantemente entre gerações, necessitando de estratégias de seletividade socioemocional e compensatória por parte dos idosos e dos apoiadores, em busca de equilibrar as necessidades determinadas por condições de vida e saúde.

A presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos está fortemente associada à vulnerabilidade clínico-funcional moderada ou alta. As pessoas idosas estão mais expostas a estressores cotidianos, desde o luto, as doenças crônicas ou as incapacidades da idade adulta e estes interagem com fatores de vulnerabilidade biológica, social e psicológica, tais como grau de controle percebido, desamparo, sobrecarga e um estilo de enfrentamento ruminativo⁽²⁷⁾.

O transtorno neurocognitivo é determinado por comprometimento cognitivo não decorrente do envelhecimento normal e varia de leve a grave. Esse distúrbio pode ser consequência de um processo neurológico subjacente, como a doença de Alzheimer, doenças vasculares ou alguns outros fatores, mas a maioria ocorre devido à doença de Alzheimer⁽⁷⁾. As demências são uma deficiência prevalente entre os idosos⁽²⁸⁾ e, à medida que o quadro cognitivo avança, os indivíduos podem apresentar alterações como desorientação e confusão, o que pode desencadear sintomas ansiosos ou depressivos. Os participantes com sintomas depressivos, neste estudo, apresentaram alteração na pontuação total do instrumento ACE-R, representando um fator de risco independente. O comprometimento funcional é um dos fatores que tem sido mais fortemente associado à depressão⁽²⁹⁾. Nos participantes com alteração no domínio cognitivo da atenção e orientação, os sintomas de ansiedade estiveram mais presentes. O impacto das alterações cognitivas relacionadas com a idade no funcionamento cognitivo, juntamente com a ansiedade ou preocupação, sugere que a ansiedade e o envelhecimento representam um risco duplo para o desempenho reduzido ou prejudicado nas medidas de controle cognitivo⁽¹⁰⁾. A ansiedade elevada está relacionada ao pior desempenho das funções executivas, velocidade de processamento/deslocamento de atenção e inibição⁽³⁰⁾. Um estudo demonstrou que ter um transtorno de ansiedade prediz um risco aumentado de desenvolver distúrbios cognitivos, como demência⁽³¹⁾. Evidências recentes também implicam a ansiedade como um fator de risco independente para novos casos de demência⁽³²⁾, o que demonstra uma relação bidirecional.

A qualidade do sono tem um significado complexo e difícil de se definir e/ou medir objetivamente. Foi observado que os idosos com sintomas ansiosos ou depressivos apresentavam distúrbio do sono, além disso, os idosos deprimidos também com maior frequência tinham qualidade do sono ruim. Em um estudo realizado com 2040 participantes, em que se utilizou os mesmos instrumentos de avaliação de qualidade do sono e sintomas depressivos, foi observada a associação entre qualidade do sono percebida e depressão em idosos⁽³³⁾. Em um outro estudo, que também utilizou os instrumentos PSQI e GDS-15, 2032 idosos foram avaliados e concluiu-se que uma pior qualidade do sono aumenta o risco de depressão em duas vezes nos idosos⁽³⁴⁾. A satisfação com o sono, avaliada pelo conceito de qualidade do sono percebida, está associada à depressão, enquanto a eficiência do sono está associada à ansiedade⁽³³⁾. Os sintomas de ansiedade estão associados fortemente ao aumento da latência do sono. Outro estudo mostrou que os participantes que tinham insônia apresentaram um risco maior de desenvolver ansiedade, depressão de maneira isolada e concomitante ansiedade com depressão⁽³⁵⁾. A relação entre sintomas ansiosos e depressivos e qualidade do sono ruim e distúrbio de sono pode também ocorrer devido à inquietação presente nos critérios diagnósticos dos transtornos de bases.

A falta de pesquisas longitudinais limita a capacidade de tirar conclusões definitivas sobre direcionalidade e causalidade dos temas avaliados. Por se tratar de um estudo transversal, portanto, nenhuma conclusão sobre a indicação da causalidade pode ser concreta. O presente estudo aborda a importância da avaliação para problemas coexistentes que englobam ansiedade, depressão, alteração sono e declínio cognitivo.

Dadas as questões metodológicas, será útil para seguimento de futuros estudos nesta área esclarecer a relação entre tais sintomas na população idosa, de modo a informar os profissionais de saúde sobre as suas relações, impactos e avaliação diagnóstica, visando tratamento adequado, minimizando iatrogênicas e buscando conforto e qualidade de vida com segurança.

CONCLUSÃO

Os participantes idosos com sintomas de ansiedade e/ou depressão apresentaram uma prevalência elevada de alteração na qualidade do sono. Entre os participantes ansiosos, observou-se uma associação significativa com a presença de distúrbios do sono, enquanto os idosos deprimidos com a pior qualidade do sono e o distúrbio do sono. No que diz respeito ao declínio cognitivo, os idosos com sintomas ansiosos apresentaram com maior frequência alterações no domínio de atenção e orientação, enquanto os com sintomas depressivos apresentaram alteração na avaliação global.

Infelizmente, o diagnóstico e a avaliação minuciosa, assim como o tratamento, muitas vezes não recebem prioridade no atendimento aos pacientes geriátricos, resultando em uma falta de atenção necessária às demandas específicas dessa população e gerando riscos. Compreender a inter-relação entre essas condições na população idosa é crucial para proporcionar o desenvolvimento de estratégias direcionadas a esse grupo, com o intuito de aprimorar o tratamento e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2021. [acedido em 19 jan 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
2. IBGE. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. 2022 [acedido em 3 fev 2024]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102038>
3. LONGEVIVER. Plataforma Longeviver [Internet]. [acedido em 3 ago 2022]. Disponível em: <https://plataforma.longeviver.com/longeviver/municipio.php?ibge=4314902>
4. De Oliveira DV, Pereira APS, Constant JP, Pereira APS, Lopes ECC. Análise dos fatores relacionados à ansiedade de idosos de dois municípios do Noroeste do Paraná. *Braz J Health Rev.* 2023;6(4):18644-18656.
5. Nardi AE, Silva AG, Quevedo J (org.). Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2022.
6. Crowley K. Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychol rev.* 2011;21(1):41-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9154-6>
7. Associação de Psiquiatria Americana – APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2023.
8. Press Y, Punchik B, Freud T. The association between subjectively impaired sleep and symptoms of depression and anxiety in a frail elderly population. *Aging Clin Exp Res.* 2017;30(7):755-765. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0837-1>
9. Hu CP, Zhao YH, Zhao XD, et al. Correlation between sleep characteristics and cognitive decline in the elderly people: A cross-sectional study in China. *Int J Clin Pract.* 2021;75:7.
10. Beaudreau SA, Mackay-Brandt A, Reynolds J. Application of a cognitive neuroscience perspective of cognitive control to late-life anxiety. *J Anxiety Disord.* 2013;27(6):559-566. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.006>
11. Steibel NM, Almeida RMM. Estudo de caso: Avaliação neuropsicológica – Contraste entre depressão e demência. *Aletheia.* 2010;31:111-120.
12. Massena PN. Estudo de validação do Inventário de Ansiedade Geriátrica. [Dissertação]. Porto Alegre: UFCSPA; 2014.
13. Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO, Friedman L, Gratzinger P, Hill RD, et al. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *Int Psychogeriatr.* 1991;3(1):23-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1041610291000480>
14. Carvalho VA, Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *Dement Neuropsychol.* 2007;1(2):212-216. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-57642008dn10200015>

15. Bertolazi AA, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo CS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011;12(1):70-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
16. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index020 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
17. Medeiros Lima Júnior JR, Soares PF, Leite CW, et al. Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Nursing;* 2023;26(298):9495-9508.
18. Miloyan B, Byrne GJ, Pachana NA. Threshold and Subthreshold Generalized Anxiety Disorder in Later Life. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23(6):633-641. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.010>
19. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev Esc Enf USP.* 2013;47(2):401-407.
20. Ismail Z, Fischer C, McCall WV. What Characterizes Late-Life Depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013;36(4):483-496. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.010>
21. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom.* 2010;79(5):285-294. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000318295>
22. Chou KL, Ho AHY, Chi I. Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging Ment Health.* 2006;10(6):5830591. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607860600641150>
23. Ribeiro PCC, Alves FC, Lourenço RA. Sintomas depressivos associados à expectativa de apoio social em idosos: dados do estudo FIBRA-RJ. *Psicol Clin.* 2021;2:379-396. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n02A09>
24. Accioly M, Santos A. Rede de Suporte Social e Envelhecimento: desafio para as Políticas Públicas. In: *Políticas Sociais e Gerontologia: diálogos contemporâneos.* Uniedusul, 2020. p. 161-166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/522412.1-10>
25. Di Gessa G, Grundy E. The relationship between active ageing and health using longitudinal data from Denmark, France, Italy and England. *J Epidemiol Community Health.* 2013;68(3):261-267. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202820>
26. Duarte YAO, Domingues MAR. Família, Rede de Suporte Social e Idosos: Instrumentos de Avaliação. Editora Blucher; 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5151/9788580394344>
27. Brinker JK. Rumination and reminiscence in older adults: implications for clinical practice. *Eur J Ageing.* 2013;10(3):223-227. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/s10433-013-0271-y. eCollection 2013 Sep.](https://doi.org/10.1007/s10433-013-0271-y)
28. World Health Organization – WHO. *Dementia [Internet].* 2023 [acedido em 3 fev 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

29. Pagán-Rodríguez R, Pérez S. Depression and Self-Reported Disability Among Older People in Western Europe. *J Aging Health.* 2012;24:7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08982643124530>
30. Beaudreau SA, O'Hara R. The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. *Psychol Aging.* 2009;24(2):507-512. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0016035>
31. Petkus AJ, Reynolds CA, Wetherell JL, Kremen WS, Pedersen NL, Gatz M. Anxiety is associated with increased risk of dementia in older Swedish twins. *Alzheimers Dement.* 2016;12(4):399-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.09.008>
32. Hantke N, Etkin A, O'Hara R. *Handbook of Mental Health and Aging.* Academic Press, 2020.
33. Mayers AG, Grabau EAS, Campbell C, Baldwin DS. Subjective sleep, depression and anxiety: inter-relationship in a non-clinical sample. *Hum Psychopharmacol.* 2009;24(6):495-501. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hup.1041>
34. Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W. Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(3):265-270.
35. Chen PJ, Huang CLC, Weng S, Wu MP, Ho CH, Wang JJ. Relapse insomnia increases greater risk of anxiety and depression: evidence from a population-based 4-year cohort study. *Sleep Med.* 2017;38:122-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.07.016>

Autores

Isabella Serafin Couto

<https://orcid.org/0000-0002-9753-1603>

Vanessa Sgnaolin

<https://orcid.org/0000-0002-9914-7146>

Herika Juliana Lucena de Araújo

<https://orcid.org/0000-0001-9005-1626>

Júlia Rebelatto

<https://orcid.org/0009-0000-5229-6673>

Paula Engroff

<https://orcid.org/0000-0002-3639-545X>

Alfredo Cataldo Neto

<https://orcid.org/0000-0002-8082-1866>

Autora Correspondente/Corresponding Author

Isabella Serafin Couto – Pontifícia Universidade

Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

isabellacouto@gmail.com

Contributos dos autores/Authors' contributions

IC: Coleta de dados, conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição.
VS: Coleta de dados, conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – revisão e edição, supervisão.
HA: Coleta de dados e redação – revisão e edição.
JR: Coleta de dados e redação – revisão e edição.
PE: Coleta de dados, conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição.
AN: Conceitualização, gerenciamento do projeto, investigação, metodologia, redação – preparação do original, redação – revisão e edição.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Considerações éticas:

O presente estudo foi aprovado pela comissão científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (número 2.823.737) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, juntamente com projeto de pesquisa “Programa de Envelhecimento e Saúde Mental (PESM)” (CAE: 89158218.5.0000.5336; Número do Parecer: 2.823.737; Data da Relatoria: 15/08/2018). Foram respeitados o sigilo e a liberdade do idoso em permanecer no grupo a ser pesquisado. Todos os

indivíduos incluídos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pesquisadores envolvidos no estudo assinaram o termo de confidencialidade dos dados.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Supporte Financeiro: Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This study was funded in part by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), funding code 001.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

Tabela 1 – Associação de variáveis sociodemográficas e sintomas ansiosos e depressivos em idosos.^a

Variáveis	Total n (%)	GDS-15		p	GAI		p
		Normal n (%)	Alterado n (%)		Normal n (%)	Alterado n (%)	
Sexo				0,496			0,694
Feminino	200 (76,0)	73 (36,5)	127 (63,5)		77 (38,5)	123 (61,5)	
Masculino	63 (24,0)	26 (41,3)	37 (58,7)		26 (41,3)	37 (58,7)	
Faixa Etária (em anos)				0,415*			0,444*
60-69	127 (48,3)	51 (40,2)	76 (59,8)		47 (37,0)	80 (63,0)	
70-79	92 (35,0)	33 (35,9)	59 (64,1)		37 (40,2)	55 (59,8)	
80 ou mais	44 (16,7)	15 (34,1)	29 (65,9)		19 (43,2)	25 (56,8)	
Escolaridade (em anos)				0,898*			0,755*
0-4	35 (14,5)	14 (40,0)	21 (60,0)		13 (37,1)	22 (62,9)	
5-8	51 (21,1)	21 (41,2)	30 (58,8)		20 (39,2)	31 (60,8)	
9-12	87 (36,0)	28 (32,2)	59 (67,8)		34 (39,1)	53 (60,9)	
13 ou mais	69 (28,5)	30 (43,5)	39 (56,5)		28 (40,6)	41 (59,4)	
Possui companheiro				0,359			0,293
Sim	123 (51,0)	53 (43,1)	70 (56,9)		45 (36,6)	78 (63,4)	
Não	118 (49,0)	44 (37,3)	74 (62,7)		51 (43,2)	67 (56,8)	
Atualmente mora				0,007			0,064
Sozinho	60 (23,6)	32 (53,3)	28 (46,7)		30 (50,0)	30 (50,0)	
Acompanhado	194 (76,4)	66 (34,0)	128 (66,0)		71 (36,6)	123 (63,4)	
Aposentado				0,316			0,047
Sim	187 (77,6)	69 (36,9)	118 (63,1)		80 (42,8)	107 (57,2)	
Não	54 (22,4)	24 (44,4)	30 (55,6)		15 (27,8)	39 (72,2)	
Atividade remunerada				0,028			0,742
Sim	40 (15,9)	22 (55,0)	18 (45,0)		15 (37,5)	25 (62,5)	
Não	211 (84,1)	77 (36,5)	134 (63,5)		85 (40,3)	126 (59,7)	
Cuidador				0,012			0,722
Sim	55 (22,8)	13 (23,6)	42 (76,4)		21 (38,2)	34 (61,8)	
Não	186 (77,2)	79 (42,5)	107 (57,5)		76 (40,9)	110 (59,1)	
Total	263 (100)	99 (37,6)	164 (62,4)		103 (39,2)	160 (60,8)	

GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica – Versão Abreviada; GAI, Inventário de Ansiedade Geriátrica.

*Tendência linear do teste qui-quadrado.

Tabela 2 – Associação de variáveis clínicas e sintomas ansiosos e deprimidos em idosos.⁵

Variáveis	Total n (%)	GDS-15		p	GAI		p
		Normal n (%)	Alterado n (%)		Normal n (%)	Alterado n (%)	
Queixa sintomas depressivos				<0,001			0,006
Sim	130 (49,4)	28 (21,5)	102 (78,5)		40 (30,8)	90 (69,2)	
Não	133 (50,6)	71 (53,4)	62 (46,6)		63 (47,4)	70 (52,6)	
Queixa sintomas ansiosos				0,780			0,017
Sim	149 (56,7)	55 (36,9)	94 (63,1)		49 (32,9)	100 (67,1)	
Não	114 (43,3)	44 (38,6)	70 (61,4)		54 (47,4)	60 (52,6)	
Diagnóstico Psiquiátrico				0,001			0,336
Depressão	77 (29,3)	14 (18,2)	63 (81,8)		27 (35,1)	50 (64,9)	
Ansiedade	138 (52,5)	62 (44,9)	76 (55,1)		51 (37,0)	87 (63,0)	
Bipolar	25 (9,5)	13 (52,0)	12 (48,0)		12 (48,0)	13 (52,0)	
Demências	16 (6,1)	8 (50,0)	8 (50,0)		9 (56,2)	7 (43,8)	
Síndromes Psicóticas	7 (2,7)	2 (28,6)	5 (71,4)		4 (57,1)	3 (42,9)	
Uso Psicofármaco				0,620			0,845
Sim	221 (88,4)	81 (36,7)	140 (63,3)		88 (39,8)	133 (60,2)	
Não	29 (11,6)	12 (41,4)	17 (58,6)		11 (37,9)	18 (62,1)	
Comorbidade clínica				0,955			0,820
Sim	222 (88,4)	83 (37,4)	139 (62,6)		87 (39,2)	135 (60,8)	
Não	29 (11,6)	11 (37,9)	18 (62,1)		12 (41,4)	17 (58,6)	
Medicamento clínico				0,315			0,880
Sim	211 (86,1)	81 (38,4)	130 (61,6)		84 (39,8)	127 (60,2)	
Não	34 (13,9)	10 (29,4)	24 (70,6)		14 (41,2)	20 (58,8)	
Internação Psiquiátrica				0,061			0,279
Sim	32 (12,8)	7 (21,9)	25 (78,1)		10 (31,3)	22 (68,8)	
Não	218 (87,2)	85 (39,0)	133 (61,0)		90 (41,3)	128 (58,7)	
História Familiar Psiquiátrica				0,442			0,328
Sim	88 (53,0)	31 (35,2)	57 (64,8)		34 (48,6)	54 (61,4)	
Não	78 (47,0)	32 (41,0)	46 (59,0)		36 (46,2)	42 (53,8)	
Vulnerabilidade (IVCF-20)				<0,001			<0,001
Baixa	27 (33,3)	21 (77,8)	6 (22,2)		19 (70,4)	8 (29,6)	
Moderada	37 (45,7)	17 (45,9)	20 (54,1)		15 (40,5)	22 (59,5)	
Alta	17 (21,0)	2 (11,8)	15 (88,2)		3 (17,6)	14 (82,4)	
Total	263 (100)	99 (37,6)	164 (62,4)		103 (39,2)	160 (60,8)	

GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica – Versão Abreviada; GAI, Inventário de Ansiedade Geriátrica; IVCF-20, Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20.

Tabela 3 – Associação dos componentes avaliados na qualidade do sono e sintomas ansiosos e sintomas depressivos em idosos.^c

Variáveis	Total n (%)	GDS-15		p	GAI		p
		Normal n (%)	Alterado n (%)		Normal n (%)	Alterado n (%)	
Qualidade do sono				<0,001*			<0,001*
Boa	39 (19,5)	24 (61,5)	15 (38,5)		24 (61,5)	15 (38,5)	
Ruim	94 (47,0)	37 (39,4)	57 (60,6)		42 (44,7)	52 (55,3)	
Distúrbio do sono	67 (33,5)	16 (23,9)	51 (76,1)		16 (23,9)	51 (76,1)	
Qualidade subjetiva do sono				0,002			0,001
Muito bom/Bom	133 (66,5)	62 (46,6)	71 (53,4)		65 (48,9)	68 (51,1)	
Ruim/Muito ruim	67 (33,5)	16 (23,9)	51 (76,1)		17 (25,4)	50 (74,6)	
Latência do sono				0,107			0,022
Até 30 min	102 (51,3)	45 (44,1)	57 (55,9)		50 (49,0)	52 (51,0)	
Acima de 30 min	97 (48,7)	32 (33,0)	65 (67,0)		32 (33,0)	65 (67,0)	
Duração do sono				0,620			0,211
Mais de 6h	146 (73,4)	58 (39,7)	88 (60,3)		64 (43,8)	82 (56,2)	
Menos de 6h	53 (26,6)	19 (35,8)	34 (64,2)		18 (34,0)	35 (66,0)	
Eficiência habitual do sono				0,726			0,218
Maior igual a 75%	119 (59,5)	47 (39,5)	72 (60,5)		53 (44,5)	66 (55,5)	
Menor que 75%	81 (40,5)	30 (37,0)	51 (63,0)		29 (35,8)	52 (64,2)	
Distúrbio do sono				0,004			0,003
Não	143 (71,5)	64 (44,8)	79 (55,2)		68 (47,6)	75 (52,4)	
Sim	57 (28,5)	13 (22,8)	44 (77,2)		14 (24,6)	43 (75,4)	
Uso de medicamento para dormir				0,027			0,323
Nenhuma ou - 1x/sem	84 (42,2)	40 (47,6)	44 (52,4)		38 (45,2)	46 (54,8)	
1x/sem ou mais	115 (57,8)	37 (32,2)	78 (67,8)		44 (38,3)	71 (60,7)	
Disfunção diurna				<0,001			<0,001
Nenhuma ou - 1x/sem	131 (65,5)	68 (51,9)	63 (48,1)		71 (54,2)	60 (45,8)	
1x/sem ou mais	69 (34,5)	9 (13,0)	60 (87,0)		11 (15,9)	58 (84,1)	
Total	200 (100)	77 (38,5)	123 (61,5)		82 (41,0)	118 (59,0)	

GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica – Versão Abreviada; GAI, Inventário de Ansiedade Geriátrica.

*Tendência linear do teste qui-quadrado.

Tabela 4 – Associação dos componentes da avaliação cognitiva e sintomas ansiosos e depressivos em idosos.¹⁵

Variáveis	Total n (%)	GDS-15		p	GAI		p
		Normal n (%)	Alterado n (%)		Normal n (%)	Alterado n (%)	
MEEM							
Normal	109 (66,9)	45 (41,3)	64 (58,7)	0,453	47 (43,1)	62 (56,9)	0,458
Alterado	54 (33,1)	19 (35,2)	35 (64,8)		20 (37,0)	34 (63,0)	
ACER Total				0,053			0,431
Normal	84 (51,5)	39 (46,4)	45 (53,6)		37 (44,0)	47 (56,0)	
Alterado	79 (48,5)	25 (31,6)	54 (68,4)		30 (38,0)	49 (62,0)	
Atenção e Orientação				0,004			0,015
Normal	74 (45,4)	38 (51,4)	36 (48,6)		38 (51,4)	36 (48,6)	
Alterado	89 (54,6)	26 (29,2)	63 (70,8)		29 (32,6)	60 (67,4)	
Memória				0,049			0,724
Normal	102 (62,6)	46 (45,1)	56 (54,9)		43 (42,2)	59 (57,8)	
Alterado	61 (37,4)	18 (29,5)	43 (70,5)		24 (39,3)	37 (60,7)	
Fluência				0,630			0,225
Normal	93 (57,1)	38 (40,9)	55 (59,1)		42 (45,2)	51 (54,8)	
Alterado	70 (42,9)	26 (37,1)	44 (62,9)		25 (35,7)	45 (64,3)	
Linguagem				0,119			0,838
Normal	108 (66,3)	47 (43,5)	61 (56,5)		45 (41,7)	63 (58,3)	
Alterado	55 (33,7)	17 (30,9)	38 (69,1)		22 (40,0)	33 (60,0)	
Visuoespacial				0,269			0,619
Normal	101 (62,0)	43 (42,6)	58 (57,4)		40 (39,6)	61 (60,4)	
Alterado	62 (38,0)	21 (33,9)	41 (66,1)		27 (43,5)	35 (56,5)	
Total	163 (100)	64 (39,3)	99 (60,7)		67 (41,1)	96 (58,6)	

GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica – Versão Abreviada; GAI, Inventário de Ansiedade Geriátrica; MMSE, Exame Breve do Estado Mental; ACE-R, O Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto

Tabela 5 – Análise multivariada pelo modelo de Regressão de Poisson hierárquico com variância robusta.¹⁵

Variáveis	GDS-15			GAI		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Sociodemográficas						
Atualmente mora Sozinho	1,00			1		
Acompanhado	1,59	1,122-2,243	0,009	1,23	0,925-1,642	0,154
Aposentado						
Sim	-	-	-	1		
Não	-	-	-	1,23	0,992-1,520	0,059
Tem cuidador						
Sim	1,28	1,042-1,569	0,019	-	-	-
Não	1,00			-	-	-
Clínicas						
Vulnerabilidade (IVCF-20)						
Baixa	1,00			1,00		
Moderada	2,33	1,102-4,941	0,027	1,95	0,988-3,851	0,054
Alta	3,31	1,599-6,868	0,001	2,67	1,356-5,260	0,005
Instrumentos						
ACER Total						
Normal	1,00			-	-	-
Alterado	1,36	1,025-1,802	0,033	-	-	-
Atenção e Orientação						
Normal	-	-	-	1,00		
Alterado	-	-	-	1,41	1,042-1,906	0,026
Qualidade do sono						
Boa	1,00			1,00		
Ruim	1,78	1,042-3,038	0,035	1,56	0,918-2,669	0,100
Distúrbio do sono	2,01	1,193-3,387	0,009	1,97	1,166-3,322	0,011

GDS-15, Escala de Depressão Geriátrica – Forma Curta; GAI, Inventário de Ansiedade Geriátrica; RP, Rácio de prevalência; IVCF-20, Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20; ACE-R, O Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto.