



Trajetórias de sintomas depressivos em adultos de meia-idade e pessoas idosas: um estudo longitudinal

Trajectories of depressive symptoms in middle-aged and older adults: a longitudinal study

Trayectorias de síntomas depresivos en adultos de mediana edad y personas mayores: un estudio longitudinal

Juliana de Oliveira Bezerra¹
 Ana Carolina Rodrigues Gualdi²
 Marisa Matias³
 Maria Raquel Barbosa³
 Marcelo Kwiatkoski⁴
 Bruna Moretti Luchesi¹
 Tatiana Carvalho Reis Martins¹

1. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Campo Grande, MS, Brasil.

2. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Três Lagoas, Brasil.

3. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto, Portugal.

4. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Instituto de Biociências. Campo Grande, MS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar as trajetórias de sintomas depressivos em adultos de meia-idade e em pessoas idosas da comunidade, antes, durante e após a pandemia da COVID-19, bem como sua relação com a faixa etária, os problemas com sono e o arranjo de moradia.

Método: estudo longitudinal com 300 participantes com idade igual ou superior a 45 anos, realizado em Unidades de Saúde da Família no interior de Mato Grosso do Sul, com coletas em 2018–2019, 2021 e 2023, utilizando a escala *Center for Epidemiological Studies – Depression* e questões de caracterização sociodemográfica, problemas de sono e arranjo de moradia. **Resultados:** observou-se uma redução significativa nos sintomas depressivos na segunda avaliação, realizada durante a pandemia, e a manutenção dos resultados na avaliação seguinte. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias. Indivíduos com queixas relacionadas ao sono apresentaram maiores escores de sintomas depressivos, embora tenham demonstrado melhora progressiva. Participantes que moravam sozinhos apresentaram redução inicial dos sintomas durante a pandemia, seguida de um novo aumento após esse período. **Conclusão e implicações para prática:** a melhora dos sintomas depressivos pode ter ocorrido devido à adaptação emocional diante da pandemia. Fatores como as queixas de sono e o fato de morar sozinho devem ser considerados em ações de saúde mental voltadas aos indivíduos idosos e em processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Depressão; Pandemias; Pessoas de Meia-Idade; Pessoas Idosas; Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: to identify the trajectories of depressive symptoms in community-dwelling middle-aged and older adults before, during, and after the COVID-19 pandemic, and their relationship with age group, sleep problems, and living arrangements. **Method:** longitudinal study with 300 participants aged 45 years and older, conducted in Family Health Units in the countryside of Mato Grosso do Sul, with data collected in 2018–2019, 2021, and 2023. The Center for Epidemiological Studies – Depression scale and questions regarding sociodemographic characteristics, sleep problems, and living arrangements were used. **Results:** a significant reduction in depressive symptoms was observed in the second assessment, during the pandemic, with maintenance in the following evaluation. No statistical differences were found by age group. Individuals with sleep complaints showed higher depressive symptom scores but demonstrated progressive improvement. Participants living alone presented an initial reduction in symptoms during the pandemic, followed by an increase afterward. **Conclusion and implications for practice:** the improvement in depressive symptoms may have occurred due to emotional adaptation to the pandemic. Factors such as sleep complaints and living alone should be considered in mental health actions aimed at older adults and individuals in the aging process.

Keywords: Depression; Mental Health; Middle Aged; Older adults; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: identificar la evolución de los síntomas depresivos en adultos de mediana edad y mayores de la comunidad antes, durante y después de la pandemia de COVID-19, así como su relación con el grupo de edad, los problemas de sueño y la situación de vivienda. **Método:** estudio longitudinal con 300 participantes de 45 años o más, realizado en Unidades de Salud Familiar del interior de Mato Grosso do Sul, con recolección de datos en 2018-2019, 2021 y 2023, utilizando la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos - Depresión (CES-D) y preguntas sobre características sociodemográficas, problemas de sueño y situación de vivienda. **Resultados:** se observó una reducción significativa de los síntomas depresivos en la segunda evaluación, realizada durante la pandemia, y los resultados se mantuvieron en la evaluación posterior. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad. Las personas con problemas de sueño presentaron puntuaciones más altas en síntomas depresivos, aunque mostraron una mejoría progresiva. Los participantes que vivían solos mostraron una reducción inicial de los síntomas durante la pandemia, seguida de un nuevo aumento después de este período. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** la mejoría en los síntomas depresivos podría deberse a la adaptación emocional a la pandemia. Factores como los trastornos del sueño y vivir solo deben tenerse en cuenta en las intervenciones de salud mental dirigidas a personas mayores y en el proceso de envejecimiento.

Palabras-clave: Anciano; Depresión; Pandemias; Persona de Mediana Edad; Salud Mental.

Autor correspondente:
 Tatiana Carvalho Reis Martins.
 tatiana.reis@ufms.br

Recebido em 28/08/2025.
 Aprovado em 14/10/2025.

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0138pt>

INTRODUÇÃO

A depressão caracteriza-se por provocar sentimentos de sofrimento e incapacidade no humano.¹ Ela compreende a perda de interesse em realizar atividades e/ou humor deprimido, e pode afetar qualquer pessoa e as relações com os familiares, amigos e a comunidade.^{1,2} Entre uma vasta gama de sintomas depressivos existentes, a doença é marcada principalmente por um estado de abatimento e/ou pela falta de disposição e interesse.^{1,2} Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 280 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo, aproximadamente 3,8% da população, incluindo 5,7% dos adultos com mais de 60 anos.¹ Durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19, a prevalência global de sintomas de ansiedade e depressão aumentou em 25%.³ Além disso, mais de 75% das pessoas que vivem em países de baixa e média renda não recebem tratamento.⁴

A sintomatologia depressiva, quando associada ao comprometimento da funcionalidade, pode impactar significativamente as atividades de vida diária, interferindo na rotina, na capacidade de tomada de decisão, na autonomia e no autocuidado. Além disso, pode dificultar as interações sociais, afetar a qualidade de vida e desencadear sentimentos de frustração, tristeza e desamparo.^{5,6} Entretanto, entre as pessoas mais velhas, a depressão ainda é subdiagnosticada e, muitas vezes, entendida como uma manifestação natural decorrente do processo de envelhecimento humano e/ou secundária a outras morbidades pré-existentes.⁶ Diante disso, o rastreamento de sintomas depressivos na população que envelhece é importante como indicador da possível presença de depressão, permitindo uma avaliação mais aprofundada.⁷

Diversos fatores têm sido associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos em pessoas de meia-idade e pessoas idosas.⁸⁻¹¹ Dentre eles, esta pesquisa destaca a má qualidade do sono, significativamente associada ao aumento de sintomas depressivos,⁸ e o arranjo de moradia, que também pode influenciar na sintomatologia depressiva, especialmente pela relação entre isolamento e apoio familiar.⁹ Indivíduos que moram sozinhos apresentam maior risco de desenvolver depressão, conforme evidenciado em uma revisão sistemática de estudos longitudinais.¹⁰ No que se refere à idade, fatores como viuvez, aposentadoria, luto, presença de condições crônicas, limitações físicas e baixo ou inexistente suporte social podem estar relacionados à maior prevalência nessa faixa etária.^{1,11} Neste estudo, priorizaram-se três variáveis centrais - idade, problemas de sono e arranjo de moradia - por serem dimensões consistentemente associadas à sintomatologia depressiva em pessoas de meia-idade e idosas, tanto no Brasil quanto em outros países.^{7,8,10}

Essas evidências ressaltaram a importância de abordagens integradas que contemplam fatores ambientais, comportamentais e demográficos na prevenção e no manejo da depressão entre pessoas idosas e em processo de envelhecimento, considerando as possíveis mudanças ao longo do tempo.¹ A pandemia da COVID-19 impactou a vida da população; contudo, no Brasil, ainda são escassos os estudos longitudinais que acompanharam a trajetória de sintomas depressivos em diferentes fases da pandemia e no período subsequente, sendo um exemplo o estudo PAMPA, que acompanhou adultos ao longo de 10 meses.¹²

Assim, este estudo teve como objetivo identificar as trajetórias de sintomas depressivos em adultos de meia-idade e pessoas idosas da comunidade antes, durante e após a pandemia da COVID-19 e sua relação com a faixa etária, os problemas com sono e o arranjo de moradia. Esperava-se encontrar níveis mais elevados de sintomas depressivos durante a pandemia e redução progressiva no período subsequente. O trabalho está em consonância com o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, pois pode subsidiar intervenções, programas de prevenção e ações de promoção da saúde voltadas a proporcionar à população um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, com enfoque nos fatores que impactam na sintomatologia depressiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, desenvolvido a partir do banco de dados do grupo de pesquisa “Assistência, pesquisa, ensino e gestão em Saúde Coletiva”. O checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) foi utilizado como apoio na redação do artigo.¹³ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos sob os pareceres nº 2.596.194 e nº 4.467.405.

A amostra foi composta por 300 participantes com idade igual ou superior a 45 anos (incluindo pessoas de meia-idade e idosas), cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. De acordo com o Censo de 2010, último disponível antes da coleta de dados, a cidade possuía 101.791 habitantes, sendo que 16,1% tinham idade entre 45 e 59 anos, e 9,9% eram pessoas idosas (≥ 60 anos).¹⁴ No início da pesquisa, em 2018, a cidade possuía nove USF, todas incluídas no estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 45 anos, ser cadastrado em uma das USF do município e ser capaz de responder às questões da entrevista (avaliada pela percepção do entrevistador).

Para a avaliação inicial (T1), o tamanho da amostra foi calculado utilizando a fórmula de estimativa de proporção em população finita. Adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), erro amostral de 6% ($e=0,06$) e estimativa conservadora de 50% ($p=0,50$). Considerou-se a população finita de $N = 26.331$, (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 compensar possíveis perdas, acrescentou-se 10% ao total, resultando em 292 participantes. Os participantes foram localizados por meio de uma lista de nomes e endereços fornecida pelas equipes das USF e selecionados aleatoriamente. No decorrer da coleta foram entrevistados 300 indivíduos, o que resultou em um erro amostral de 5,63%.

As avaliações ocorreram em três momentos: T1 (novembro de 2018 a junho de 2019, antes da pandemia), T2 (fevereiro a dezembro de 2021, durante a pandemia) e T3 (março a julho de 2023, após a pandemia). Para as avaliações em T2 e T3, o contato foi feito via USF ou diretamente com os participantes.

Em todas as etapas da pesquisa, as entrevistas foram realizadas por avaliadores treinados, no domicílio dos participantes ou nas dependências da USF, com duração média 40 minutos.

A variável dependente foi a sintomatologia depressiva, avaliada em T1, T2 e T3 por meio da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), validada no Brasil em populações de adolescentes, adultos¹⁵ e pessoas idosas.⁷ O instrumento contém 20 questões que avaliam a frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior, gerando escores de 0 a 60, sendo que os valores mais altos indicam maior intensidade dos sintomas. Neste estudo, a escala apresentou α de Cronbach = 0,883 em T1, 0,866 em T2 e 0,890 em T3.

As variáveis independentes coletadas em T1 foram:

- Sociodemográficas: sexo (masculino/feminino); idade (45–59, 60–74 e ≥75 anos); escolaridade (em anos) e estado civil (com ou sem companheiro).
- Sono: avaliado com uma questão única de resposta dicotômica (Sim/Não) sobre autopercepção de problemas com o sono. “O(a) Sr.(a) acredita ter algum problema com o sono?”.
- Arranjo de moradia: número de moradores no domicílio, classificado em “mora só” e “outros arranjos”.

Os dados foram inseridos em dupla entrada no Microsoft Excel™, validados e conferidos, sendo depois exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para análise. Verificou-se que 13,3% dos dados estavam omissos, com padrão monótono.¹⁶ Foi investigada a associação entre as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil) e perda de seguimento por meio de regressões logísticas. Identificou-se que indivíduos sem companheiro apresentaram maior chance de responder à T3 (OR = 1,63; p = 0,038; IC 95%

[1,03–2,61]) do que os com companheiro. As demais variáveis não foram significativas. Os dados omissos foram imputados pelo método de Maximização de Expectativa (EM), sendo considerados *Missing Completely at Random* (teste de MCAR de Little: $X^2(25) = 37,20$; p = 0,055).¹⁷

As variáveis de T1 foram analisadas em frequência absoluta (n), relativa (%), média (\bar{X}) e desvio-padrão (σ). Os dados de sintomas depressivos nas três fases foram avaliados quanto à normalidade e apresentaram distribuição normal por assimetria e curtose. Foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas, com o tempo (T1, T2 e T3) como variável intra-sujeitos e sintomas depressivos como variável dependente. A adequação da ANOVA foi verificada pelo teste de esfericidade de Mauchly; quando a suposição foi violada, aplicaram-se as correções de Greenhouse-Geisser ou Huynh-Feldt, com reporte dos graus de liberdade ajustados. Além da significância estatística (p < 0,05), calcularam-se tamanhos de efeito pelo eta quadrado parcial (η^2), interpretados segundo os critérios de Cohen (1988),¹⁸ em que 0,01 representa efeito pequeno, 0,06 efeito médio e 0,14 efeito grande. Posteriormente, novas ANOVAS foram conduzidas para verificar as variação nos escores por faixa etária, problemas com sono e arranjo de moradia, tratados como variáveis entre sujeitos. Comparações entre pares foram realizadas com *post hoc* de Bonferroni. A significância adotada foi p < 0,05.

RESULTADOS

Foram entrevistados 300 indivíduos em T1 (2018/2019). Entre T1 e T2, ocorreram 100 perdas (por mudança de endereço, recusa, óbito ou não localização), resultando em 200 participantes avaliados em 2021. Entre T2 e T3, verificaram-se 79 perdas, permanecendo 121 indivíduos em 2023 (T3).

A Tabela 1 evidencia a caracterização dos 300 participantes em T1. A amostra era composta, na sua maioria, por mulheres

Tabela 1. Caracterização dos participantes (n=300) antes da pandemia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2018/2019.

Variável	Categoria	n (%) ou \bar{X} (σ)
Sexo	Masculino	103 (34,3)
	Feminino	197 (65,7)
Idade (anos)	-	60,9(11,0)
Faixa etária (anos)	45-59	147 (49,0)
	60-74	116 (38,7)
	75+	37 (12,3)
Estado civil	Com companheiro	168 (56,0)
	Sem companheiro	132 (44,0)
Escolaridade (anos)	-	5,7 (4,6)
Problemas com sono	Sim	119 (39,7)
Arranjo de moradia	Mora só	42 (14,0)

Legenda: \bar{X} - média; σ – desvio-padrão.

(65,7%), entre 45-59 anos, com companheiro e com média de 5,7 anos de escolaridade. A maior parte da amostra não relatou problemas com sono (60,3%) e não morava sozinha (86,0%).

O teste de esfericidade de Mauchly indicou violação da suposição de esfericidade ($\chi^2(2) = 6,172, p = 0,046; \epsilon=0,986$). Dessa forma, foram aplicadas as correções de Huynh-Feldt. O efeito do tempo sobre os sintomas depressivos permaneceu significativo, $F_{(1,97)} = 14,101; p < 0,001; \eta_p^2 = 0,045$, com tamanho de efeito de magnitude pequena e média, segundo os critérios de Cohen (1988).¹⁶ O teste *post hoc* mostrou que houve diferenças na sintomatologia depressiva entre T1 e T2 ($p < 0,001$) e entre T1 e T3 ($p < 0,001$), ou seja, os sintomas depressivos diminuíram durante a pandemia e se mantiveram mais baixos após o seu término (Tabela 2).

Na Tabela 3 são apresentados os efeitos de interação do tempo com as variáveis entre os sujeitos. Não foi identificada interação significativa entre a faixa etária e o tempo. A redução dos sintomas entre T1 e T2 manteve-se em todas as faixas etárias. Para os problemas com sono, verificou-se efeito principal significativo dessa variável, bem como interação tempo × sono. Participantes com problemas de sono apresentaram maiores sintomas depressivos em todas as avaliações, com redução progressiva ao longo do tempo; entre os participantes sem problemas com sono, observou-se diminuição entre T1 e T2, mantida em T3. Morar sozinho foi associado a pontuações mais elevadas para sintomas depressivos ($p = 0,010, \eta_p^2 = 0,022$), e houve interação tempo × arranjo ($p = 0,020, \eta_p^2 = 0,013$). Entre os que moravam sozinhos, os sintomas diminuíram em T2, mas voltaram a aumentar em T3, enquanto, entre os que viviam em outros arranjos, houve uma redução progressiva.

A Figura 1 ilustra graficamente as trajetórias dos sintomas depressivos ao longo das três avaliações, considerando a faixa etária, a presença de problemas com sono e arranjo de moradia, evidenciando os resultados apresentados na Tabela 2. As pontuações e as variações entre as faixas etárias mostraram-se semelhantes nos três períodos de coleta de dados. Os participantes com problemas de sono apresentaram maiores pontuações na avaliação dos sintomas depressivos em todos os tempos e redução progressiva desses escores ao longo do período. Quanto ao arranjo de moradia, observou-se pontuação mais elevada entre os participantes que moravam sozinhos, os quais apresentaram queda em T2 e aumento em T3, diferentemente dos demais arranjos, que exibiram redução gradual.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a trajetória dos sintomas depressivos e sua relação com a faixa etária, os problemas com sono e o arranjo de moradia de pessoas de meia-idade e idosas. De forma geral, os sintomas depressivos diminuíram durante a pandemia e se mantiveram estáveis posteriormente. Embora estatisticamente significativas, as diferenças apresentaram magnitude pequena, sugerindo que a variação explicada pelo fator tempo foi modesta, ainda que relevante em termos de saúde pública.

Os participantes que tinham problemas com sono e aqueles que moravam sozinhos apresentaram mais sintomas depressivos. Entre os que inicialmente relataram problemas de sono, observou-se uma redução progressiva dos sintomas depressivos nas três coletas; já entre os que não apresentavam tais problemas, houve diminuição apenas de T1 para T2. Para os que moravam sozinhos, houve redução dos sintomas depressivos durante a pandemia, mas um novo aumento posteriormente.

A redução dos sintomas depressivos durante o período pandêmico contrasta com a hipótese inicial deste estudo e com pesquisas que apontaram um aumento significativo desses sintomas.¹⁹⁻²¹ No Reino Unido, ao analisarem uma coorte representativa, os pesquisadores identificaram que os sintomas de sofrimento psicológico aumentaram significativamente no início da pandemia (abril de 2020), seguindo-se uma tendência de melhora gradual nos meses seguintes.¹⁹ Os autores descreveram diferentes padrões de resposta à crise, incluindo grupos com deterioração persistente, recuperação parcial e resiliência. Contudo, o acompanhamento foi limitado aos primeiros meses da pandemia, não abrangendo o período posterior ao afrouxamento das restrições sociais.¹⁹

Um estudo longitudinal conduzido na Islândia demonstrou uma elevação dos sintomas depressivos no início da crise sanitária de COVID-19, com flutuações ao longo do tempo, influenciadas por fatores como o apoio social e o contexto familiar.²⁰ Já uma revisão sistemática de 49 estudos sobre a prevalência de sintomas depressivos em adultos norte-americanos identificou que houve uma alta prevalência desses sintomas durante a pandemia, a qual permaneceu elevada até o último estudo analisado, desenvolvido em junho de 2021.²¹

No entanto, uma revisão sistemática que teve como objetivo analisar a saúde mental global e os sintomas de ansiedade e depressão em 137 estudos que compararam avaliações

Tabela 2. Comparação e efeito do tempo na sintomatologia depressiva. Três Lagoas (MS), Brasil, 2018/2019, 2021 e 2023.

Variável \bar{X} (σ)	T1	T2	T3	Tempo		
				F	P	η_p^2
Sintomas depressivos ^a	18,42±13,16 ^{†‡}	16,15±10,99 [†]	15,43±9,68 [‡]	14,101	<0,001*	0,045

Legenda: \bar{X} - média; σ – desvio-padrão;

* - $p < 0,05$; ^a - Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D). ^{†‡} Comparações realizadas pelo teste Posthoc de Bonferroni.

Tabela 3. Comparação e efeito do tempo (T1, T2, T3) nos sintomas depressivos por faixa etária, problemas com sono e arranjo de moradia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2018/2019, 2021 e 2023.

Variável	Tempo	Grupo	ANOVA			Comparação das médias		
			Tempo X Grupo	Grupos	T1 X (σ)	T2 X (σ)	T3 X (σ)	Por grupo
Faixa etária								
Sintomas depressivos ^a	F(1,99) = 11,496 p<0,001*	F(1) = 2,065 p = 0,129 η^2 = 0,014	F(3,97) = 0,816 p = 0,514 η^2 = 0,005	45-59 anos 60-74 anos 75+ anos	19,86 (13,84) 16,54 (11,90) 18,54 (13,77)	16,84 (11,80) 15,55 (10,20) 15,32 (10,10)	16,72 (10,14) 14,10 (8,89) 14,48 (9,77)	17,8 (12,93) 15,4 (10,33) 16,1 (11,21)
Problemas com sono								
Sintomas depressivos ^a	F(1,98) = 16,410 p<0,001*	F(1) = 37,421 p<0,001* η^2 = 0,112	F(1,98) = 4,965 p = 0,007* η^2 = 0,016	Não	23,16 (15,26) [†] 15,30 (12,16) [†]	20,72 (11,16) [†] 13,15 (9,80) [†]	18,14 (10,14) [‡] 13,66 (8,96) [†]	20,67 (12,19) [§] 14,04 (10,31) [§]
Arranjo moradia								
Sintomas depressivos ^a	F(1,97) = 7,500 p = 0,001*	F(1) = 6,808 p = 0,010* η^2 = 0,022	F(31,97) = 3,988 p = 0,020* η^2 = 0,013	Mora só Outros arranjos	22,12 (15,11) [†] 17,81 (12,75) [†]	17,67 (10,86) [†] 15,91 (11,01) [†]	21,03 (11,37) [‡] 14,52 (9,08) [‡]	20,27 (12,45) [§] 16,08 (10,94) [§]

Legenda: * - $p<0,05$; T - Tempo; X - média; σ - desvio padrão; a - Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D). †‡§ Comparações realizadas pelo teste *post hoc* de Bonferroni.

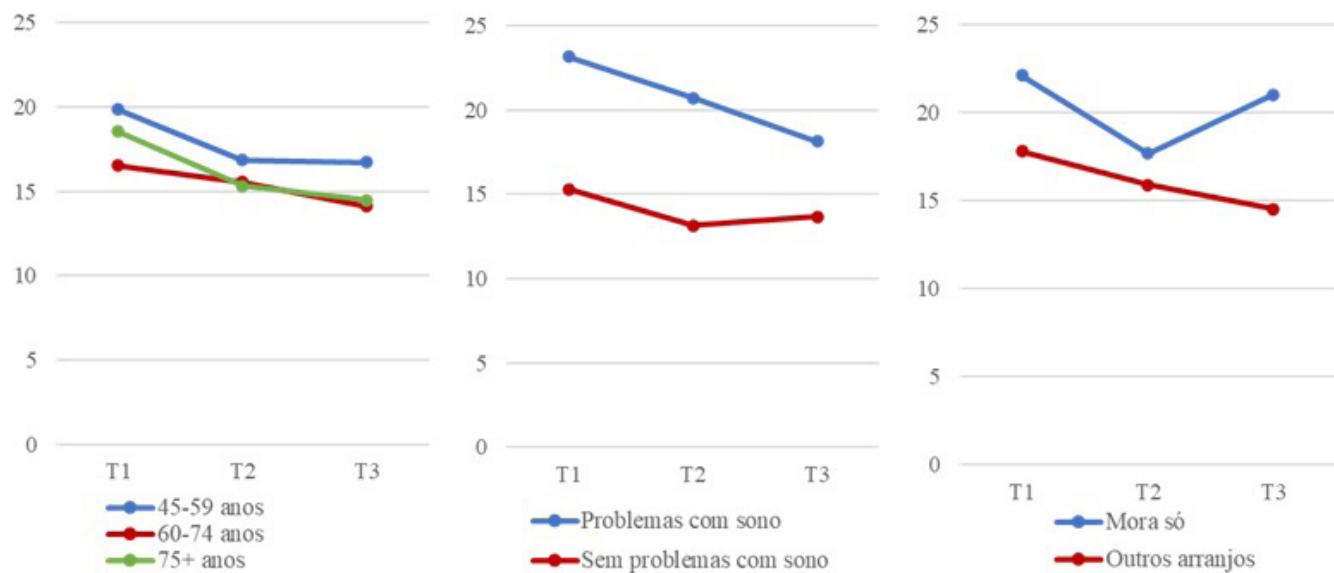


Figura 1. Trajetórias de sintomas depressivos por faixa etária, problemas com sono e arranjo de moradia. Escores da *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D) – variação entre 0 e 60 pontos. Três Lagoas (MS), Brasil, 2018/2019, 2021 e 2023.

realizadas antes e durante a pandemia identificou que a maioria dos estudos não verificou pioras significativas e, quando essas existiam, eram mínimas. Houve destaque para a alta heterogeneidade e o elevado risco de viés, mas ressaltou-se o elevado nível de resiliência da população em lidar com a crise sanitária.²² A pandemia da COVID-19 teve impacto profundo na vida cotidiana, mas grande parte das pesquisas se concentraram no estágio inicial da crise sanitária, sem considerar trajetórias prolongadas. Este estudo permite uma análise mais abrangente das trajetórias de sintomas depressivos em um contexto de transição e retomada da vida cotidiana, já que os dados de T2 foram coletados ao longo do ano de 2021. Enquanto estudos conduzidos no Reino Unido¹⁹ e na Islândia²⁰ relataram aumentos médios de sintomas depressivos de dois a quatro pontos nas escalas utilizadas, este estudo encontrou uma redução média de 2,3 pontos, correspondendo a um efeito pequeno a médio. Essa divergência pode dever-se tanto a diferenças contextuais quanto metodológicas.

O instrumento utilizado para a avaliação dos sintomas depressivos também pode ter influenciado essa diferença de resultados entre os estudos, pois não foi identificado um padrão entre as investigações. A revisão de 49 estudos realizados durante a pandemia identificou a aplicação de pelo menos quatro instrumentos diferentes nessas pesquisas²¹ e a revisão de 137 investigações que compararam avaliações realizadas antes e durante a pandemia também identificou essa diversidade.²² Instrumentos diferentes podem resultar em estimativas distintas da prevalência de sintomas depressivos,²¹ além de poderem ser mais ou menos sensíveis conforme a idade da amostra, que variou nos estudos anteriores.^{21,22}

Em relação à idade, pesquisas foram conduzidas com adultos em geral (18 anos ou mais), sendo este estudo realizado com indivíduos acima de 45 anos, o que pode explicar as diferenças nos resultados. A população mais velha foi menos impactada emocionalmente do que os mais jovens durante a pandemia, de acordo com um estudo realizado com 111.225 indivíduos de 176 países²³ e uma investigação conduzida com 2.321 participantes acima de 18 anos no Brasil.²⁴ No entanto, os dados devem ser vistos com cautela, pois essas investigações utilizaram questionários on-line, geralmente respondidos por pessoas com maior acesso à *Internet* e melhores condições socioeconômicas.

Os participantes que relataram problemas de sono apresentaram maior número de sintomas depressivos em comparação com aqueles sem problemas. O tamanho de efeito encontrado ($\eta^2 = 0,112$) foi considerado médio, reforçando que, mesmo variações menor magnitude podem ter impacto clínico relevante em populações vulneráveis. Um estudo de revisão encontrou uma relação entre problemas de sono e sofrimento psicológico; em especial, os sintomas depressivos parecem estar negativamente relacionados ao sono das pessoas mais velhas durante a pandemia da COVID-19.²⁵

Na Coreia do Sul, uma pesquisa realizada com 176.794 indivíduos (≥ 19 anos) demonstrou que aqueles com distúrbios do sono apresentaram uma prevalência significativamente mais elevada de sintomas depressivos.²⁶ Um estudo longitudinal realizado na Itália acompanhou 1.062 adultos em três momentos distintos da pandemia da COVID-19 e observou uma redução progressiva dos sintomas depressivos.²⁷ Ambos os estudos destacaram o papel central do sono na trajetória dos sintomas depressivos,

reforçando a importância de estratégias de promoção do sono saudável como componente essencial para a manutenção da saúde mental, especialmente em períodos de crise sanitária prolongada.

Ao analisar a interação entre o tempo e os problemas de sono, observou-se que os sintomas depressivos diminuíram progressivamente a cada avaliação entre os participantes que apresentavam queixas de sono. Evidências semelhantes foram encontradas em um estudo que teve como objetivo compreender as consequências da pandemia da COVID-19 sobre o sono e a saúde mental de 8.798 indivíduos, com idades entre 20 e 76 anos, em três momentos distintos da pandemia. Identificou-se uma redução progressiva nos escores depressivos entre os indivíduos com distúrbios do sono, acompanhada de uma melhora gradual na qualidade do sono. Os achados sugerem que, apesar do impacto inicial negativo da pandemia, houve um processo de adaptação emocional que pode ter contribuído para a melhoria do bem-estar psicológico nesse grupo.²⁷

Em relação ao arranjo de moradia, a condição de morar sozinho foi associada aos maiores escores de sintomas depressivos. Os achados deste estudo são consistentes com estudos realizados durante a pandemia da COVID-19, os quais evidenciaram que viver sozinho está associado a um maior risco de sintomas depressivos.²⁸⁻³¹ Uma metanálise, que inclui seis estudos de coorte e um estudo de caso-controle, revelou que morar sozinho aumenta o risco de depressão em 42%.¹⁰ Viver sozinho configura-se como preditor para a identificação precoce de sintomas depressivos na população que envelhece. Reconhecer essa condição como fator de risco pode contribuir para a implementação de estratégias preventivas e de intervenção, com o objetivo de retardar o desenvolvimento da depressão e reduzir o fardo social e econômico associado a esse problema de saúde mental.³¹

Entre os participantes que viviam sozinhos, observou-se uma redução dos sintomas durante a pandemia, seguida de um aumento no período pós-pandemia. Devido às medidas de isolamento adotadas durante esse período, houve o incentivo ao uso de formas alternativas de interação como estratégia para mitigar o sentimento de solidão. Nesse contexto, modalidades de interação não presenciais, como telefone, e-mail e chamadas de vídeo, foram amplamente estimuladas, especialmente entre adultos mais velhos que moravam sozinhos. Tais formas de conexão social podem ter contribuído para a redução dos sintomas depressivos nesse grupo durante a pandemia.³⁰

A pesquisa *Icelandic COVID-19 National Resilience Cohort*, conduzida com indivíduos com idade ≥18 anos, verificou que o aumento no apoio familiar e social esteve associado à diminuição dos sintomas depressivos durante a pandemia, enquanto sua redução se correlacionou com o agravamento desses sintomas.²⁰ Assim, uma possível explicação para o aumento observado no período pós-pandemia é que, com o retorno à normalidade, o apoio familiar e social recebido por quem mora sozinho tenha diminuído. O impacto da pandemia na saúde mental da população parece ser duradouro,²⁰ e, como pessoas que vivem sozinhas são

mais vulneráveis aos sintomas depressivos, torna-se necessário direcionar uma atenção especial a esse grupo mais afetado.

A partir dos dados obtidos foi possível identificar os fatores associados à variação dos sintomas depressivos, com destaque para os problemas relacionados ao sono e ao arranjo de moradia. Destaca-se a importância de uma abordagem multidimensional, envolvendo a rede de apoio de pessoas de meia-idade e idosas, com vistas à manutenção e/ou recuperação da saúde mental. O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação precoce dos sinais de sofrimento psíquico, por meio do desenvolvimento de ações educativas, da aplicação de testes de rastreio, do fomento ao autocuidado e do fortalecimento a rede de apoio desses indivíduos. O envolvimento ativo desse profissional é essencial para promover um envelhecimento saudável, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade social.³² Desse modo, apesar das limitações do estudo, é importante destacar que, mesmo efeitos de pequena magnitude, como os aqui encontrados, têm relevância em saúde pública, dado o seu impacto cumulativo ao longo do tempo. Assim, os resultados reforçam a importância de integrar fatores como sono e arranjo de moradia aos rastreios clínicos e às políticas de saúde mental.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo buscou compreender como a saúde mental foi afetada nos períodos anterior, durante e posterior à pandemia da COVID-19, investigando a existência de sinais de piora, estabilização ou melhora dos sintomas depressivos em três momentos distintos entre pessoas de meia-idade e idosas residentes na comunidade. Embora os efeitos observados tenham sido de pequena magnitude, estes se mostram relevantes em termos de saúde pública, dado o impacto cumulativo dos sintomas depressivos ao longo do tempo. Essa melhora relacionar-se aos processos de adaptação emocional e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante do estresse prolongado.

Além disso, observou-se que os fatores como apresentar problemas com sono e viver sozinho impactam negativamente a sintomatologia depressiva. Essas variáveis devem ser consideradas na formulação de ações em saúde mental voltadas à população que envelhece, principalmente em contextos de crise ou isolamento social.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser consideradas. A utilização de um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos, embora validado, não substitui um diagnóstico clínico formal realizado por profissional de saúde. Além disso, a amostra foi composta exclusivamente por usuários do sistema público de saúde, não abrangendo indivíduos atendidos por serviços privados ou por planos de saúde, o que limita a generalização dos achados. A realização da pesquisa em um único município do estado de Mato Grosso do Sul também restringe a extrapolação dos resultados para outras regiões ou para o contexto nacional.

Apesar das limitações, o estudo apresenta relevantes potencialidades. A inclusão de participantes com 45 anos ou mais permite uma compreensão ampliada do processo de envelhecimento, contemplando não apenas a população idosa, mas também indivíduos em transição para essa fase da vida, o que amplia a compreensão sobre os fatores que afetam a saúde mental ao longo da maturidade. O delineamento longitudinal fortalece ainda mais os achados, permitindo acompanhar mudanças ao longo do tempo. Destaca-se, especialmente, o fato de que o estudo contempla o contexto da pandemia da COVID-19, um dos eventos mais marcantes do século XXI, oferecendo evidências valiosas sobre como essa crise global afetou o bem-estar psicológico da população investigada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros do grupo de pesquisa “Assistência, pesquisa, ensino e gestão em Saúde Coletiva” – linha Saúde e Envelhecimento, que colaboraram com a coleta de dados.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001; Programa PIBIC da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso Do Sul (FUNDECT) e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). A participação de Marisa Matias e Raquel Barbosa neste trabalho foi financiada pelo Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Fundação para a Ciência e a Tecnologia de Portugal (<https://doi.org/10.54499/UID/00050/2025>).

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2025 abr 13]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. American Psychiatric Association. What is depression? [Internet]. Washington: APA; 2024 [citado 2025 jul 30]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo [Internet]. Washington: OPAS; 2022 [citado 2025 abr 13]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>
4. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018;48(9):1560-71. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>. PMid:29173244.
5. Nicolau SA. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em pessoas idosas atendidas em um ambulatório de geriatria [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2024 [citado 2025 abr 27]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/b32e84d9-d3ba-4ddf-a56d-3c0db7e2880a>
6. Santos LLS, Oliveira NGN, Marchiori GF, Tavares DMS. Indicative of depressive symptoms among older people: a longitudinal study. *ABCS Health Sci*. 2022;48:e023203. <https://doi.org/10.7322/abcs.2021028.1755>.
7. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):598-605. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>. PMid:17589758.
8. Alves ÉS, Cardoso JFZ, Bento SR, Iroldi GF, Inouye K, Pavarini SCI. Relationship between sleep duration, depressive symptoms and stress in older people in the community. *J Bras Psiquiatr*. 2023 Apr;72(2):90-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000412>.
9. Nshimiyumuremyi E, Uwiringiyimana I, Uwimana A, Niyonsenga A, Nsengiyumva V, Habimana E et al. Prevalence and family determinants of geriatric depression among elderly people in elderly support groups in Rwanda. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:1445-55. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S406386>. PMid:37131955.
10. Wu D, Liu F, Huang S. Assessment of the relationship between living alone and the risk of depression based on longitudinal studies: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:954857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.954857>. PMid:36111305.
11. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20:55. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>. PMid:34922595.
12. Feter N, Caputo EL, Leite JS, Smith EC, Doring IR, Cassuriaga J et al. Depression and anxiety symptoms remained elevated after 10 months of the COVID-19 pandemic in southern Brazil: findings from the PAMPA cohort. *Public Health*. 2022 Mar;204:14-20. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.12.019>. PMid:35121569.
13. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica*. 2010 Jun;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. PMid:20549022.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
15. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Arch Clin Psychiatry*. 1998;25(5):251-61.
16. Dong Y, Peng CYJ. Principled missing data methods for researchers. *Springerplus*. 2013;2(1):222. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>. PMid:23853744.
17. Graham JW. Missing data analysis: making it work in the real world. *Annu Rev Psychol*. 2009;60(1):549-76. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>. PMid:18652544.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
19. Pierce M, McManus S, Hope H, Hotopf M, Ford T, Hatch SL et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis of 19 763 UK adults. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):610-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00151-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00151-6). PMid:33965057.
20. Wang Y, Hauksdóttir A, Thordardottir EB, Ge F, Gísladóttir EU, Jakobsdóttir J et al. Depressive symptom trajectories among general population during the COVID-19 pandemic in Iceland: a prospective cohort study (2020–2023). *BMJ Public Health*. 2024 Nov 4;2(2):e001294. <https://doi.org/10.1136/bmjjph-2024-001294>. PMid:40018606.
21. Etman CK, Fan AY, Subramanian M, Adam GP, Badillo Goicoechea E, Abdalla SM et al. Prevalence of depressive symptoms in U.S. adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *SSM Popul Health*. 2023;21:101348. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101348>. PMid:36741588.

22. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X et al. Comparison of mental health symptoms before and during the COVID-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ.* 2023 Mar 8;380:e074224. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074224>. PMid:36889797.
23. Egbert AR, Karpik S, Havlik R, Cankurtaran S. Global occurrence of depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *J Psychosom Res.* 2023 Mar;166:111145. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111145>. PMid:36736190.
24. Feter N, Caputo EL, Doring IR, Leite JS, Cassuriaga J, Reichert FF et al. Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort. *Public Health.* 2021;190:101-7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.013>. PMid:33387848.
25. Cipriani GE, Bartoli M, Amanzio M. Are sleep problems related to psychological distress in healthy aging during the COVID-19 pandemic? A review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10676. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010676>. PMid:34682423.
26. Joo HJ, Kwon KA, Shin J, Park S, Jang SI. Association between sleep quality and depressive symptoms among middle-aged and older adults in Korea. *J Affect Disord.* 2022;310:258-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.004>. PMid:35545156.
27. Salvi F, Amicucci G, D'Atri A, Viselli L, Gorgoni M, Scarpelli S et al. Sleeping under the waves: a longitudinal study across the contagion peaks of the COVID-19 pandemic in Italy. *J Psychiatr Res.* 2022;153:154-62. <https://doi.org/10.1111/jsr.13313>. PMid:33687798.
28. Baek J, Kim GU, Song K, Kim H. Decreasing patterns of depression in living alone across middle-aged and older men and women using a longitudinal mixed-effects model. *Soc Sci Med.* 2023 Jan;317:115513. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115513>. PMid:36450172.
29. Kobayashi E, Harada K, Okamoto S, Liang J. Living alone and depressive symptoms among older Japanese: do urbanization and period matter? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2023;78(4):718-29. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac195>. PMid:36548947.
30. Noguchi T, Hayashi T, Kubo Y, Tomiyama N, Ochi A, Hayashi H. Living alone and depressive symptoms among older adults in the COVID-19 pandemic: role of non-face-to-face social interactions. *J Am Med Dir Assoc.* 2023 Jan;24(1):17-21.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.10.014>. PMid:36435273.
31. Zheng G, Zhou B, Fang Z, Jing C, Zhu S, Liu M et al. Living alone and the risk of depressive symptoms: a cross-sectional and cohort analysis based on the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Psychiatry.* 2023 Nov 17;23(1):853. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05370-y>. PMid:37978367.
32. Oliveira TR. O papel da enfermagem na promoção da saúde mental na terceira idade. *Rev FT.* 2024;28(136):55-6. <https://doi.org/10.69849/revistaft/th10247271355>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Aquisição de dados. Ana Carolina Rodrigues Gualdi.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Juliana de Oliveira Bezerra. Ana Carolina Rodrigues Gualdi. Marisa Matias. Maria Raquel Barbosa. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Juliana de Oliveira Bezerra. Ana Carolina Rodrigues Gualdi. Marisa Matias. Maria Raquel Barbosa. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Aprovação da versão final do artigo. Juliana de Oliveira Bezerra. Ana Carolina Rodrigues Gualdi. Marisa Matias. Maria Raquel Barbosa. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Juliana de Oliveira Bezerra. Ana Carolina Rodrigues Gualdi. Marisa Matias. Maria Raquel Barbosa. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 