

# Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE)

*Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study)*

Cristiane Lara Mendes-Chiloff<sup>I</sup>, Maria Cristina Pereira Lima<sup>I</sup>, Albina Rodrigues Torres<sup>I</sup>,  
Jair Lício Ferreira Santos<sup>II</sup>, Yeda Oliveira Duarte<sup>III</sup>, Maria Lúcia Lebrão<sup>IV\*</sup>,  
Ana Teresa De Abreu Ramos Cerqueira<sup>I</sup>

**RESUMO:** *Objetivo:* Estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil (Estudo SABE), em 2006 e identificar fatores de risco associados a essa prevalência em 2006 e fatores de proteção entre os idosos que não apresentaram sintomas depressivos nas avaliações realizadas em 2000 e 2006. *Métodos:* Estudo transversal e longitudinal que utilizou a Escala de Depressão Geriátrica na inclusão da coorte em 2000 e em 2006. *Resultados:* A prevalência de sintomas depressivos em 2006 foi de 14,2% (IC95% 11,8 – 16,7) e 74,8% dos participantes não apresentaram sintomas depressivos em 2000 nem em 2006. Foram construídos modelos de regressão logística, tendo como exposição diferentes grupos de variáveis (sociodemográficas; condições e percepção de saúde e memória) ajustando-se para sexo e idade. No modelo final da regressão logística, associaram-se a sintomas depressivos: autoavaliação da visão, da saúde bucal, da memória e da saúde geral como ruins, dependência para atividades básicas de vida diária e disfunção familiar moderada ou grave. Os fatores de proteção para não ter apresentado sintomas depressivos nas fases de 2000 e 2006 foram: sexo masculino, não referir doença pulmonar e avaliar positivamente a saúde. *Conclusão:* Sintomas depressivos nos idosos estudados foram frequentes e se associaram com piores condições de saúde, dependência e disfunção familiar e tais fatores devem ser considerados no planejamento de políticas de saúde para prestação de cuidados a esses idosos.

**Palavras-chave:** Idoso. Depressão. Envelhecimento. Prevalência. Nível de saúde. Atividades cotidianas.

<sup>I</sup>Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho" – Botucatu (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>III</sup>Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>IV</sup>Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

\*in memoriam.

**Autor correspondente:** Cristiane Lara Mendes Chiloff. Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Rubião Júnior, sem número, CEP: 18618-970, Botucatu, SP, Brasil. E-mail: cris.mendeschiloff@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

**ABSTRACT: Objective:** To estimate the prevalence of depressive symptoms in the elderly in São Paulo city, Brazil (SABE Study), in 2006 and to identify risk factors associated with the 2006 prevalence and protective factors among those who did not have depressive symptoms in the assessments conducted in 2000 and 2006. **Methods:** In this cross-sectional and longitudinal study, the Geriatric Depression Scale was used for inclusion in the cohort in 2000 and also in 2006. **Results:** The prevalence of depressive symptoms in 2006 was 14.2% (95%CI 11.8 – 16.7), and 74.8% of the participants did not present depressive symptoms in 2000 neither in 2006. Logistic regression models were constructed, with different groups of variables (socio-demographic variables, status and perception of health and memory) adjusted for sex and age. In the final logistic regression model, the following factors were associated with depressive symptoms: self-assessment of vision, oral health, memory and of general health as poor, dependence for basic activities of daily living, and moderate or severe family dysfunction. Protective factors against presenting depressive symptoms in the 2000 and 2006 phases were: being male, absence of pulmonary disease and positive self-assessment of health. **Conclusion:** Depressive symptoms were frequent among the elderly, and were associated with health problems, dependence and family dysfunction. These factors should be addressed in health policy planning for the care of these elderly.

**Keywords:** Aged. Depression. Aging. Prevalence. Health status. Activities of daily living.

## INTRODUÇÃO

Sintomas depressivos têm alta prevalência entre idosos, observando-se grande variabilidade desses sintomas nessa faixa etária, provavelmente devido aos diferentes critérios diagnósticos adotados e às características da população estudada<sup>1-6</sup>.

Entre idosos da comunidade, as prevalências de depressão e de sintomas depressivos variaram de 6,3 a 63,0%<sup>1-3,7,8</sup>. Em estudos populacionais brasileiros, utilizando instrumentos de *screening* para sintomas depressivos, foram constatadas prevalências que variaram de 13,0 a 38,0%<sup>4,5</sup>.

Os sintomas depressivos em idosos associaram-se a diferentes fatores: prejuízo da qualidade de vida<sup>6</sup>, piores condições socioeconômicas<sup>2,6-9</sup>, presença de doenças físicas comuns no envelhecimento<sup>10</sup>, aumento do risco de mortalidade<sup>11,12</sup>, prejuízo da capacidade funcional<sup>12</sup> e sobrecarga para a família e para serviços de saúde<sup>13</sup>.

A presente investigação é um subprojeto do Estudo SABE<sup>14,15</sup> e teve por objetivos: estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo em 2006; identificar fatores de risco associados a essa prevalência em 2006 e fatores de proteção entre os idosos que não apresentaram sintomas depressivos nas avaliações realizadas em 2000 e 2006.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal e longitudinal a partir da amostra probabilística representativa de idosos do município de São Paulo (Estudo SABE). Dentre 1.115 participantes

entrevistados em 2006, foram analisados 972 idosos que responderam à Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) para detectar sintomas depressivos. Na análise longitudinal, foram incluídos 945 idosos que responderam à GDS nas duas fases analisadas,

## INSTRUMENTOS

Foi utilizado o instrumento primário de coleta de dados do Estudo SABE, sob a forma de inquérito domiciliar, com questões de três módulos: sociodemográfico, condições e uso de serviços de saúde, selecionando-se variáveis adequadas ao presente estudo e os seguintes os instrumentos:

- GDS<sup>16,17</sup>: escala de 15 itens com pontos de corte segundo Almeida e Almeida<sup>18</sup> de 6 a 10 pontos para depressão leve e 11 ou mais para depressão grave;
- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): versão modificada e validada no Chile, por Icaza e Albala<sup>19</sup>, do MEEM, desenvolvido por Folstein et al<sup>20</sup>. Estabeleceu-se o ponto de corte de 12/13<sup>19</sup>;
- Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer: desenvolvido por Pfeffer et al.<sup>21</sup>, composto por dez itens, avalia a funcionalidade através do grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária, com escores podendo variar de 0 a 30, com ponto de corte 5/6, as pontuações maiores evidenciando maior prejuízo;
- Índice de Katz para atividades básicas de vida diária<sup>22</sup>: utilizado para avaliar a autonomia referida pelo indivíduo em atividades relativas ao autocuidado. Foram utilizadas três tipos de pontuação, que indicam os diferentes níveis de capacidade: independente, necessidade de ajuda e dependente;
- Índice de Lawton para atividades instrumentais de vida diária<sup>23</sup>: para avaliar a autonomia referida em atividades instrumentais;
- Questionário Apgar Familiar: instrumento com cinco questões que permitem medir a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva<sup>24,25</sup>. Os resultados obtidos foram convertidos em escores partindo de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes a serem avaliados: “sempre” corresponde ao escore = 4; “quase sempre” = 3; “algumas vezes” = 2; “raramente” = 1; e “nunca” = 0. A somatória dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar<sup>25</sup>.

## PROCEDIMENTO

Foram selecionados para este estudo idosos que participaram das avaliações realizadas no ano 2000 e 2006 e que haviam respondido à GDS. Ressalta-se que aqueles que apresentaram comprometimento cognitivo segundo o MEEM, associado a prejuízo funcional identificado pelo *Pfeffer Questionnaire*, não responderam à GDS.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o programa STATA 10.0<sup>26</sup> na função *survey*, que permite incorporar aspectos referentes ao delineamento complexo de amostragem. Na análise bivariada utilizou-se o teste de Rao-Scott, que permite ajuste pelo desenho amostral, recomendado em estudos com amostras complexas<sup>27</sup>. Para a análise no estudo longitudinal foi utilizada a função *merge* do Stata 10.0<sup>26</sup> para a junção dos bancos relativos às coortes 2000 e 2006. Realizou-se regressão logística tipo *stepwise-backward* sendo incluídas nos modelos todas as variáveis que apresentaram, na análise bivariada, associação com os desfechos em nível de significância de 90% ( $p < 0,10$ ) e outras variáveis de relevância teórica, para controle de associações livres de confundimento. Para avaliar presença de colinearidade entre as variáveis nos diferentes modelos da regressão logística utilizou-se o fator de inflação de variância (VIF)<sup>28</sup>.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O “projeto SABE 2005 – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: as condições de saúde e de vida dos idosos no município de São Paulo” (Protocolo de Pesquisa nº 1345) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP).

## RESULTADOS

### ESTUDO TRANSVERSAL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos da coorte  $A_{06}$  foi de 14,2%, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 11,8 – 16,7, com 11,2% de sintomas depressivos leves e 3% de sintomas depressivos graves. Estudando-se as associações entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, foi mais frequente a presença de sintomas depressivos entre as mulheres ( $p < 0,01$ ), entre os de baixa escolaridade ( $< 0,05$ ) e entre os que perceberam sua renda como insuficiente para despesas diárias ( $p < 0,001$ ). Ter sintomas depressivos também se associou significativamente com menor frequência a comunidades religiosas ( $p < 0,01$ ); maior número de doenças referidas ( $p < 0,01$ ), ter referido diabetes ( $p < 0,05$ ), doenças osteoarticulares ( $p < 0,05$ ), doenças cardíacas ( $p < 0,01$ ), doenças pulmonares ( $p < 0,05$ ), neoplasia ( $p < 0,05$ ), acidente vascular encefálico ( $p < 0,05$ ), depressão prévia ( $p < 0,01$ ) e maior uso diário de remédios ( $p < 0,001$ ). Observaram-se prevalências de sintomas depressivos mais altas entre idosos que consideraram ruim o funcionamento visual e auditivo e também a saúde bucal ( $p < 0,01$ ).

Apresentar sintomas depressivos também se associou com comprometimento cognitivo ( $p < 0,01$ ), com pior autoavaliação da memória ( $p < 0,001$ ), com relato de piora da memória

comparativamente ao ano anterior ( $p < 0,001$ ) e, ainda, com pior percepção de saúde ( $p < 0,001$ ) e pior avaliação da condição de saúde quando comparada ao período de um ano atrás ( $p < 0,001$ ). Em relação à capacidade funcional, observou-se associação de sintomas depressivos com pior desempenho nas atividades básicas ( $p < 0,001$ ) e instrumentais de vida diária ( $p < 0,001$ ) e pior funcionalidade familiar ( $p < 0,001$ ).

Utilizou-se a regressão logística para verificar a associação de casos e não casos de sintomas depressivos (2006) com os diferentes grupos de variáveis (sociodemográficas; doenças autorreferidas; condições de saúde; percepção de saúde e memória; capacidade funcional referida), que haviam se associado a sintomas depressivos na análise bivariada ( $p < 0,10$ ). O modelo final foi composto de todas as variáveis que foram significativas nos modelos anteriores. Todos os modelos foram ajustados para sexo e idade.

Mantiveram-se associadas à maior chance de apresentar sintomas depressivos: ter relatado problemas de visão, sendo a odds ratio (OR) 2,83 (IC95% 1,52 – 5,29); saúde bucal (OR= 1,77; IC95% 1,08 – 2,92); perceber a saúde como regular (OR = 2,43; IC95% 1,45 – 4,07) e ruim (OR = 5,04; IC95% 2,15 – 11,83); perceber a memória como regular (OR = 2,28; IC95% 1,45 – 4,07) ou ruim (OR = 6,82; IC95% 2,15 – 11,83); ter disfuncionalidade familiar moderada (OR = 2,98; IC95% 1,09 – 8,10) e grave (OR = 3,45; IC95% 1,60 – 7,43); ser dependente em uma ou duas atividades básicas de vida diária (OR = 2,03; IC95% 1,40 – 5,04) e em três ou mais das atividades básicas (OR = 2,65; 1,09 – 8,10) (Tabela 1).

## ESTUDO LONGITUDINAL: ANÁLISE DOS FATORES DE PROTEÇÃO

Com o objetivo de identificar fatores de proteção foram selecionados os indivíduos que não apresentaram sintomas depressivos no ano 2000, e nem em 2006 ( $n = 707$ ) e estudados em relação às características sociodemográficas, condições de saúde e desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Verificou-se que 25,2% ( $n = 238$ ) dos idosos apresentaram sintomas depressivos nas duas avaliações ou em pelo menos uma delas e 74,8% não os apresentaram em nenhum momento do seguimento. No ano 2000, 9,9% dos idosos apresentaram sintomas depressivos, e em de 2006 esse número foi de 7,7% (Tabela 2).

Comparando-se a ocorrência de sintomas depressivos entre sexo masculino e feminino foi possível observar que apresentar sintomas depressivos nos dois momentos de avaliação do estudo foi mais frequente entre as mulheres ( $p < 0,001$ ).

Não ter apresentado sintomas depressivos nas duas avaliações ( $n = 707$ ) associou-se ao sexo masculino, maior nível de escolaridade, maior renda e perceber a renda como suficiente para as despesas. Ter menor número de doenças autorreferidas, fazer uso de menor número de remédios e não apresentar hipertensão e doenças pulmonares associou-se de forma estatisticamente significativa com não apresentar sintomas depressivos, sugerindo também que ter melhor condição de saúde pode atuar como fator de proteção para essa sintomatologia ( $p < 0,001$ ). Ocorreu associação significativa entre avaliar positivamente a saúde e memória

Tabela 1. Regressão logística: prevalência de sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, condições de saúde, autoavaliação da saúde e memória e desempenho em atividades instrumentais de vida diária – Estudo SABE coorte A06 (n = 972).

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo final
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Idade (contínua)	1,03 (0,99 – 1,06)	1,02 (0,99 – 1,06)	0,99 (0,96 – 1,03)	1,01 (0,98 – 1,05)	0,99 (0,95 – 1,03)
<b>Sexo</b>					
Feminino	1	1	1	1	1
Masculino	2,38 (1,46 – 3,87)	1,88 (1,17 – 3,03)	1,52 (1,01 – 2,28)	1,68 (1,05 – 2,68)	1,41 (0,88 – 2,28)
<b>Percepção de renda</b>					
Suficiente	1				
Insuficiente	2,31 (1,52 – 3,52)				
<b>Atividade religiosa</b>					
Participa	1				
Não participa	2,24 (1,37 – 3,68)				
<b>AVE prévio</b>					
Não		1			
Sim		2,38 (1,28 – 4,44)			
<b>Doenças cardíacas</b>					
Não		1			
Sim		1,58 (1,04 – 2,31)			
<b>Depressão prévia</b>					
Não		1			
Sim		2,28 (1,33 – 3,90)			
<b>Saúde bucal</b>					
Não			1		1
Sim			2,53 (1,61 – 3,93)		1,77 (1,08 – 2,92)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo final
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<b>Visão</b>					
Excelente/ boa			1		1
Moderada			1,27 (0,74 – 2,19)		1,02 (0,56 – 1,88)
Regular/ruim			4,63 (2,33 – 8,49)		2,83 (1,52 – 5,29)
<b>ABVDS</b>					
Independente			1		1
Dependente em 1 ou 2			2,41 (1,46 – 3,99)		2,03 (1,40 – 5,04)
Dependente em 3 ou +			3,46 (1,97 – 6,06)		2,65 (1,09 – 8,10)
<b>Avaliação de saúde</b>					
Boa				1	1
Regular				2,85 (1,71 – 4,77) 2,24	2,43 (1,45 – 4,07)
Ruim				7,93 (3,51 – 17,89)	5,04 (2,15 – 11,83)
<b>Avaliação de memória</b>					
Boa				1	1
Regular				2,41 (1,61 – 3,63)	2,28 (1,45 – 4,07)
Ruim				7,91 (3,52 – 17,78)	6,82 (2,15 – 11,83)
<b>Disfuncionalidade familiar</b>					
Leve				1	1
Moderada				3,35 (1,54 – 7,30)	2,98 (1,09 – 8,10)
Grave				3,92 (2,00 – 7,65)	3,45 (1,60 – 7,43)

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; AVC: acidente vascular encefálico; ABVDS: atividades básicas de vida diária.

em relação a não ter apresentado sintomas depressivos em 2000 e 2006. Entre os indivíduos que não apresentaram sintomas depressivos nas duas avaliações ocorreu menor porcentagem de prejuízo no desempenho das atividades instrumentais de vida diária ( $p < 0,0001$ ).

Utilizando-se a regressão logística também em modelos subsequentes, compostos pelas variáveis sociodemográficas, depois por aquelas relativas às condições de saúde, em seguida as de autoavaliação de saúde e memória e, finalmente, pelas categorias relativas ao desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária, permaneceram independentemente associadas a ter apresentado sintomas depressivos: sexo feminino (OR = 1,75; IC95% 1,24 – 2,47), presença de doença pulmonar crônica (OR = 2,07; IC95% 1,33 – 3,22), autoavaliação da saúde como regular (OR = 2,89; IC95% 1,96 – 4,29) ou ruim (OR = 5,43; IC95% 2,74 – 10,77) (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

### SINTOMAS DEPRESSIVOS

A prevalência de sintomas depressivos foi de 14,5% (IC95% 11,8 – 16,7), relativamente mais baixa do que as descritas na grande maioria dos estudos populacionais nacionais que também utilizaram instrumentos para rastreamento de sintomas depressivos. Essa grande variabilidade, provavelmente, deveu-se não apenas às diferenças de critérios diagnósticos e instrumentos utilizados, mas também refletem características próprias de cada população estudada<sup>3-5,8,29-36</sup>.

No Brasil, já na década de 1990, Veras e Coutinho<sup>29</sup> observaram porcentagens diferenciadas (20,9; 23,0 e 36,8%) de sintomas depressivos em bairros com populações que diferiam do ponto de vista socioeconômico. Utilizaram o *Short Care*, que, segundo esses autores, é um instrumento com o qual se deve ter cautela ao escolher o ponto de corte para investigar sintomas depressivos devido à sua baixa especificidade e sensibilidade detectadas nos estudos de validade e confiabilidade. Cerqueira<sup>30</sup>, estudando a primeira coorte do Estudo SABE, em 2000, com o mesmo instrumento (GDS-15), registrou prevalência de 18,1%. Em se tratando da mesma população aqui estudada, pode-se atribuir

Tabela 2. Distribuição da população das coortes A00 e A06 segundo presença ou não de sintomas depressivos (n = 945).

Sintomas depressivos	2006		Total
	Não caso	Caso	
2000	%	%	%
Não caso	74,8	7,7	82,5
Caso	9,9	7,6	17,5
total	84,7	15,3	100,0



Tabela 3. Regressão logística da ausência de sintomas depressivos nas coortes A00 e A06 e variáveis sociodemográficas, condições de saúde, autoavaliação da saúde e memória e desempenho em atividades instrumentais de vida diária – Estudo SABE, coortes A00 e A06 – (n = 945).

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo final
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Idade (contínua)	1,02 (0,99 – 1,14)	1,00 (0,97 – 1,02)	0,99 (0,97 – 1,02)	1,01 (0,99 – 1,04)	0,99 (0,93 – 1,02)
Sexo					
Feminino	1	1	1	1	1
Masculino	1,64 (1,14 – 2,29)	1,70 (1,20 – 2,40)	1,62 (1,14 – 2,30)	2,02 (1,29 – 3,14)	1,75 (1,24 – 2,47)
Renda (SM)					
< 1	1				
1 a 2,99	1,37 (0,72 – 2,60)				
3 a 4,99	2,13 (1,03 – 4,38) 3,04				
5 ou +	1,99 (1,00 – 3,95)				
Hipertensão					
Sim		1			
Não		1,48 (1,02 – 2,13)			
Doenças pulmonares					
Sim		1			1
Não		2,18 (1,27 – 2,37)			2,07 (1,33 – 3,22)
Doenças osteoarticulares					
Sim		1			
Não		1,72 (1,27 – 2,37)			

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo final
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Autoavaliação de saúde					
Boa			1		1
Regular			2,50 (1,68 – 3,69)		2,89 (1,96 – 4,29)
Ruim			4,69 (2,27 – 9,69)		5,43 (2,74 – 10,77)
Autoavaliação de memória					
Boa			1		
Regular			5,09 (1,89 – 13,66)		
Ruim			8,03 (3,19 – 20,18)		
Atividades instrumentais da vida diária					
Dependente em 3 ou +				1	
Dependente em 1 ou 2				2,12 (1,03 – 4,37)	
Independente				2,99 (1,42 – 6,27)	

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

a diferença encontrada ao envelhecimento da população, uma vez que naquele estudo também foram estudados indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos, e pesquisas referem diferenças nas prevalências de sintomas depressivos em diferentes faixas etárias<sup>31-33</sup>. Prevalência bastante superior (38,5%) ao desta pesquisa foi descrita por Castro-Costa et al.<sup>5</sup> em município de pequeno porte no interior de Minas Gerais, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ), provavelmente por não ser esse instrumento específico para sintomas depressivos<sup>37</sup>. Lima et al.<sup>34</sup> avaliaram idosos com 65 anos ou mais em um bairro específico e com características próprias da cidade de São Paulo, verificando prevalência de 21,1% com a *Short Psychiatry Evaluation Schedule*<sup>35</sup> e a GDS<sup>16</sup>. Barcelos-Ferreira et al.<sup>4</sup> avaliaram idosos com 60 anos ou mais do município de São Paulo, estratificados por três diferentes níveis socioeconômicos, com amostra representativa da cidade, à

semelhança do presente estudo, e obtiveram a prevalência de 13% de sintomas depressivos, sendo esse resultado o que mais se assemelha aos aqui obtidos.

Nos Estados Unidos, o *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA)<sup>38</sup> mostrou prevalência de 15%. No entanto, outros estudos internacionais descreveram prevalências mais altas do que a aqui obtida, como o *The Share Study*<sup>39</sup>, estudo europeu que utilizou o Euro-D. Nesse estudo as taxas variaram de 18,5 a 36,8%, provavelmente devido ao instrumento utilizado e às características específicas das populações europeias.

Resultados de prevalência de sintomas depressivos de outros estudos internacionais<sup>3,7,8,32,36</sup> diferem dos resultados desta pesquisa, pois investigaram o impacto socioeconômico na ocorrência desses sintomas, focalizando apenas populações de baixa renda. Borjoquez-Chapella et al.<sup>8</sup>, utilizando a CES-D, estudaram idosos de baixa renda do México e registraram a prevalência de 43%. Wada et al.<sup>36</sup> investigaram sintomas depressivos em quatro diferentes comunidades de pequeno porte do interior do Japão, utilizando a GDS, e constataram a prevalência de 33,5%. Estudo semelhante foi desenvolvido por Kim et al.<sup>3</sup>, na Coreia, também utilizando a GDS, com idosos da área urbana e rural, que obteve a prevalência de 63%. Torija et al.<sup>7</sup> avaliaram idosos na área distrital de Guadalajara, México, que englobava áreas urbana e rural, utilizando a GDS, e constataram prevalência de 19,7% de sintomas depressivos. Chong et al.<sup>32</sup> investigaram a prevalência de sintomas depressivos em três tipos de comunidades diferentes no sul de Taiwan (rural, semiurbana e urbana) utilizando o GMS-AGECAT e registraram a prevalência de 15,3%.

## FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS

Os resultados da regressão logística deste estudo indicaram uma associação significativa de sintomas depressivos com algumas condições de saúde (ter relatado saúde visual e bucal ruins), apresentar dependência para atividades básicas de vida diária, avaliar sua memória e perceber sua saúde como ruins e apresentar disfunção familiar (moderada ou grave).

A associação de sintomas depressivos com o declínio na função visual, segundo Ribeiro et al.<sup>40</sup> e Luiz et al.<sup>41</sup>, frequentemente afeta a realização das atividades cotidianas, restringe a participação social e limita o desempenho de atividades que os idosos desejam ou precisam realizar, podendo levar à diminuição da qualidade de vida e a altas taxas de depressão nessa população. Outro problema frequente no envelhecimento, porém pouco abordado na literatura, é a saúde bucal, apesar de saber-se que nesse período da vida pode haver redução da higiene bucal e aumento de doenças bucais em idosos. Eventos estressantes, transtornos psicológicos, sintomatologia depressiva ou o próprio lugar onde se vive podem influenciar, direta ou indiretamente, a saúde bucal do indivíduo<sup>42</sup>.

Outros estudos corroboram os achados desta pesquisa no que se refere à associação de sintomas depressivos e dependência para atividades básicas de vida diária<sup>12,34,36</sup>. Embora sejam resultados de um estudo transversal, essa importante associação é indicativa do impacto que a limitação funcional pode ter sobre o humor de idosos e vice-versa.

Observou-se associação de sintomas depressivos com pior avaliação da memória, no entanto, verificou-se que perceber a memória como ruim não foi indicativo da presença de comprometimento cognitivo, segundo a avaliação efetuada. Da alta porcentagem (43%) dos idosos que avaliou seu desempenho de memória como regular ou ruim, apenas 8,1% pontuaram para comprometimento cognitivo no Mini-Exame do Estado Mental. Alguns autores sugerem que queixas do desempenho da memória, podem estar mais diretamente ligadas a fatores psicológicos como ansiedade, depressão e alta exigência pessoal<sup>43</sup>, o que parece se confirmar no presente estudo. Avaliar a memória negativamente aumentou o risco de apresentar sintomas depressivos 6,82 vezes em relação ao idoso que avaliou positivamente seu desempenho mnemônico.

Perceber a saúde como ruim parece ser um marcador em relação à presença de sintomas depressivos. A autoavaliação da saúde, por meio de uma única questão, tem sido um indicador amplamente utilizado em inquéritos populacionais<sup>44,45</sup>. Barros et al.<sup>45</sup> referem que a autoavaliação do indivíduo parece levar em conta a somatória dos sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissionais da saúde) e o impacto dessas condições sobre o bem-estar físico, mental e social desse indivíduo. Estudos indicam que a presença de doenças crônicas é um forte determinante para a autopercepção ruim de saúde<sup>45-47</sup>.

A associação da percepção da disfuncionalidade familiar e sintomatologia depressiva também parece compor o conjunto de percepções sintetizado na autopercepção da saúde. Torres et al.<sup>48</sup> discutem a dificuldade da estrutura familiar atual em prover os cuidados com o idoso que se torna dependente e as consequências disso na dinâmica familiar e na qualidade de vida do próprio idoso. A presente investigação indica que o idoso que percebe a dificuldade familiar pode apresentar mais frequentemente sintomas depressivos. Ressalta-se, porém, que sendo esse um estudo transversal, não se pode identificar a direção dessa influência.

Procurando identificar os fatores de proteção, permaneceram associados à ausência de sintomas depressivos em 2000 e em 2006: ser do sexo masculino, não referir doença pulmonar e ter uma avaliação positiva de sua saúde, espelhando uma inversão nos fatores de risco identificados.

Vários estudos populacionais indicam maior frequência de sintomas depressivos no sexo feminino<sup>1,6,9,49</sup>, sugerindo maior vulnerabilidade social nas mulheres, pois é comum, também para elas, a presença de menores níveis de escolaridade e renda, viverem sozinhas, serem portadoras de maior número de doenças físicas e terem maiores limitações funcionais. Essa descrição é muito semelhante aos dados do presente estudo, o que pode indicar uma condição de vulnerabilidade nessa população. É importante ressaltar que Cerqueira<sup>30</sup> já tinha apontado essa condição desfavorável para o sexo feminino desde a primeira avaliação do Estudo SABE.

Não apresentar doença crônica pulmonar e toda a sintomatologia decorrente, bem como não ter o prejuízo social consequente a essa doença, pode explicar a ausência de sintomas depressivos entre essas pessoas, como também referem Van Manen et al.<sup>50</sup>. A autoavaliação positiva da saúde associada com ausência de sintomas depressivos pode estar representando melhores condições de saúde e de vida desses indivíduos. Neste estudo constatou-se

que, dos idosos que não apresentaram sintomas depressivos em nenhuma das avaliações (2000 e 2006), 83% referiram não ter nenhuma doença e a prevalência de sintomas depressivos aumentou conforme o maior número de doenças referidas. Entre os idosos que não apresentaram sintomas depressivos, a maioria tinha autonomia para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Nesse sentido, ter uma autoavaliação positiva da saúde parece corresponder a uma boa condição de saúde e funcionalidade, podendo, todas essas condições, ser vistas como fatores protetores em relação à ocorrência de sintomas depressivos.

Cabe ainda ressaltar que neste estudo não se verificou associação significativa de sintomas depressivos e idade. Muitas outras pesquisas também não são conclusivas em relação a esse aspecto, mas esse ainda é um tema controverso e relevante para a área. Em vários estudos foi observada a associação de depressão com o aumento da idade<sup>32,33</sup>. Se por um lado, a velhice é a fase em que os indivíduos estão muito expostos a perdas e eventos adversos, por outro, existem dados demonstrando que, conforme os anos avançam, ocorre um decréscimo ou estabilização nas taxas de ocorrência de sintomas depressivos, podendo haver um pico nas idades mais avançadas<sup>31</sup>. Também Nguyen et al.<sup>51</sup>, estudando a relação da idade e sintomas depressivos, observaram associação entre o aumento da idade com maior número de sintomas somáticos e indisposição física, principalmente nas coortes com 70 anos ou mais. A idade, por si só, não aumenta o risco de depressão, no entanto, os efeitos da idade na sintomatologia depressiva podem ser atribuídos aos problemas de saúde e incapacidades frequentes em idosos. Neste estudo foi observada situação semelhante: não houve associação dos sintomas depressivos com o aumento da idade, mas houve associação de sintomas depressivos com multimorbidade física crônica, comum no envelhecimento, bem como uso de maior número de medicamentos e percepção de saúde como ruim.

## LIMITAÇÕES

O instrumento utilizado para avaliar sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica<sup>17</sup>) em idosos no Estudo SABE detecta a ocorrência desses sintomas no último mês, limitando a análise de sintomas depressivos ao longo da vida. Portanto, além de se ressaltar essa característica da escala salienta-se o caráter cíclico da depressão e dos sintomas depressivos, o que permite supor que os idosos podem ter apresentado sintomas depressivos entre os diferentes momentos da aplicação do questionário, impedindo que se pudesse fazer, com esse desenho do estudo a estimativa da incidência de sintomas depressivos.

## CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste estudo corroboram a literatura da área, constatando a importante prevalência de sintomas depressivos entre os idosos. Observou-se que existem fatores que favorecem uma condição de vulnerabilidade para idosos apresentarem sintomas

depressivos como piores condições de vida (baixa renda) que podem implicar em maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, menor reserva emocional para enfrentar situações de crise e não ter rede de apoio satisfatória. Também foi marcante a associação de sintomas depressivos à condição de saúde dos idosos: maior número de doenças, percepção negativa de sua saúde e memória e dependência para as atividades cotidianas e percepção de disfuncionalidade familiar.

Acredita-se que, para garantir uma condição de saúde não debilitante e um envelhecimento ativo, o indivíduo precisa ser adequadamente assistido, evidenciando a relevância do planejamento e implementação de políticas e programas sociais e de saúde para o atendimento de idosos, visto que a maioria das causas de adoecimento e incapacidade é passível de ações de prevenção ou controle.

## REFERÊNCIAS

1. Sherina M, Rampal SL, Aini M, Norhidayati H. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor Malaysia. *Int Med J Malaysia* 2005; 4(2): 57-63.
2. Romero LJ, Ortiz IE, Finley MR, Wayne S, Lindeman RD. Prevalence of depressive symptoms in New Mexico Hispanic and non-Hispanic white elderly. *Ethn Dis* 2005; 15(4): 691-7.
3. Kim JI, Choe MA, Chae YR. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nurs Res* 2009; 3(3): 121-9.
4. Barcelos-Ferreira R, Pinto Junior JA, Nakano EY, Steffens DC, Livtóc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17(7): 582-90.
5. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(2): 104-9.
6. McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, et al. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA study. *Psychol Med* 2007; 37(12): 1787-95.
7. Torija JR, Mayor JMF, Salazar MPG, Buisan LT, Fernandez RMT. Sintomas depressivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21(1): 37-42.
8. Bojorquez-Chapela I, Villalobos-Daniel VE, Manrique-Espinoza BS, Tellez-Rojo MM, Salinas-Rodríguez A. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(1): 70-7.
9. Ma X, Xiang YT, Li SR, Xiang YQ, Guo HL, Hou YZ, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of depression in an elderly population living with family members in Beijing, China. *Psychol Med* 2008; 38(12): 1723-30.
10. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(3): 149-59.
11. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord* 2000; 59(2): 127-37.
12. Mendes-Chiloff CL, Ramos-Cerqueira AT, Lima MC, Torres AR. Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *Int Psychogeriatr* 2008; 20(5): 1028-40.
13. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(8): M505-9.
14. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. São Paulo: OPAS/OMS; 2003. Cap. 4, p.73-91.

15. Lebrão ML, Duarte YAO. Desafios de um estudo longitudinal: o Projeto SABE. *Saúde Coletiva* 2008; 5(24): 166-7.
16. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17(1): 37-49.
17. Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a short version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-73.
18. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 57(2B): 421-6.
19. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia em Chile: análisis estadístico. OPAS; 1999. p. 1-18.
20. Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
21. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Junior CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37(3): 323-9.
22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 914-9.
23. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3): 179-86.
24. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6(6): 1231-9.
25. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor – A ótica de idosos e cuidadores familiares. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
26. STATA CORP. Stata Statistical Software: Release 10. College Station: StataCorp LP; 2007
27. Lee ES, Forthofer RN. Analyzing complex survey data. 2<sup>nd</sup> ed. Beverly Hills: Sage; 2006.
28. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariate methods. 2<sup>nd</sup> ed. Belmont: Duxbury Press; 1988. p. 210.
29. Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(3): 209-17.
30. Cerqueira ATAR. O estudo da saúde mental no projeto SABE: deterioração cognitiva e depressão. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. São Paulo: OPAS/OMS; 2003. Cap. 7, p. 143-65.
31. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999; 174: 307-11.
32. Chong MY, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CS, Yeh TL, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178(1): 29-35.
33. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, van der Mast RC, Beekman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 65-9.
34. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1): 1-7.
35. Blay SL, Ramos LR, Mari JJ. Validity study of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *J Am Geriatric Soc* 1988; 36(8): 687-92.
36. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly: prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39(1): 15-23.
37. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson; 1988.
38. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Free Press; 1991.
39. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonça-Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 393-401.
40. Ribeiro JEC, Freitas MM, Araújo GS, Rocha THR. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(5): 795-9.
41. Luiz LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter* 2009; 13(5): 444-50.
42. Kurihara E. Relação entre saúde bucal e fatores psicológicos de idosos institucionalizados e não institucionalizados. [Tese de doutorado] Piracicaba: Unicamp; 2010.
43. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín* 2010; 37(1): 23-6.
44. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2): 87-94.

45. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Suppl 2): 27-37.
46. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6): 333-41.
47. Rabelo DF, Maia CLF, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Kairós* 2010; 13(2): 115-30.
48. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(1): 39-44.
49. van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004; 83(1): 33-41.
50. Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, IJzermans CJ, van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57(5): 412-6.
51. Nguyen HT, Zonderman AB. Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies. *Psychol Aging* 2006; 21(1): 119-26.

Recebido em: 23/04/2015

Aprovado em: 08/07/2015

