

ANDRÉ LUIZ CREPALDI

**Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa
renda em São Paulo: prevalência, fatores associados
e uso de serviços de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Sczufca

São Paulo
2009

ANDRÉ LUIZ CREPALDI

**Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa
renda em São Paulo: prevalência, fatores associados
e uso de serviços de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Sczufca

São Paulo
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Crepaldi, André Luiz

Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo :
prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde / André Luiz Crepaldi.
-- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientadora: Marcia Sczufca.

Descritores: 1.Depressão 2.Idoso 3.Prevalência 4.Fatores de risco 5.Serviços de
saúde/utilização

USP/FM/SBD-182/09

Aos meus pais, José e Lourdes,
pela possibilidade.

À minha esposa Karol,
por compartilhar comigo as possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos que participaram deste estudo, pela colaboração gentil e pela possibilidade de ampliar minha visão do envelhecimento.

À Profa. Dra. Marcia Scazufca, pelas possibilidades de aprendizado e pela orientação.

Aos Profs. Drs. Marcia Scazufca e Paulo Rossi Menezes, pela possibilidade de trilhar os caminhos da Epidemiologia e pelo exemplo de pesquisadores dedicados e comprometidos.

Aos Profs. Drs. Renério Fráguas Júnior, Heráclito Barbosa de Carvalho e Lilian Ribeiro Caldas Ratto, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, pela presença norteadora na minha carreira profissional e pelas possibilidades de desenvolvimento pessoal com sua amizade.

Aos colegas e amigos da equipe de trabalho de campo, pelas possibilidades da convivência e pelo trabalho sério e dedicado: Ana Paula, Cristina, Cíntia, Érika, Letícia, Marco Aurélio, Maria Alice, Mário Marcos, Renata Magalhães, Renata Nunes, Sandra, Thaís, Vanessa e Wernesty.

À Eliza Fukushima, secretária do Instituto de Psiquiatria, pela atenção e auxílio nos meandros burocráticos da pós-graduação.

À Fabiana Andrade Santolin e equipe, pela revisão e edição cuidadosas do texto.

A Martin Edward Weber e à Dra Célia Maria Kira, pela correção dos trechos em língua inglesa.

À Karol, pelo auxílio inestimável na revisão e organização deste trabalho e pelo apoio e afeto de sempre, que tornaram a tarefa menos árdua.

Aos meus irmãos Ana Maria, Roseli e Ronaldo pela torcida de sempre, e pelos sobrinhos William, Luísa, Giovanna e Luigi.

Ao meu cunhado Jorge, pelo suporte quando ele foi fundamental.

À amiga Luciana, pelo apoio e incentivo.

À Marta Petriccioni, pela possibilidade de sonhar e 'nadar'.

*Benditas coisas que eu não sei
Os lugares onde não fui
Os gostos que não provei
Meus verdes ainda não maduros
Os espaços que ainda procuro
Os amores que nunca encontrei
Benditas coisas que não sejam benditas*

(Zélia Duncan)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors*
(Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Texto elaborado segundo as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, vigente desde 01 de janeiro de 2009.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	3
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS DOS ESTUDOS POPULACIONAIS.....	5
2.1.1	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	10
2.1.1.1	PREVALÊNCIA DE EPISÓDIO DEPRESSIVO (CID) E DE DEPRESSÃO MAIOR E DEPRESSÃO MENOR (DSM).....	12
2.1.2	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SINTOMAS DEPRESSIVOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	15
2.1.2.1	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	17
2.1.2.2	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA..	18
2.1.2.3	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O GMS.....	18
2.1.2.4	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O CES-D.....	20
2.1.2.5	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM OUTROS INSTRUMENTOS.....	21
2.1.3	PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NO BRASIL.....	22
2.1.3.1	PREVALÊNCIA DE EPISÓDIO DEPRESSIVO (CID) E DE DEPRESSÃO MAIOR E MENOR (DSM).....	22
2.1.3.2	PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	25
2.2	DEPRESSÃO E FATORES DE RISCO.....	27
2.2.1	DEPRESSÃO E GÊNERO.....	27
2.2.2	DEPRESSÃO E IDADE.....	30
2.2.3	DEPRESSÃO E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....	34
2.2.4	DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL.....	39

2.2.5	DEPRESSÃO E DOENÇAS FÍSICAS.....	43
2.2.6	DEPRESSÃO E INCAPACIDADE.....	45
2.2.7	DEPRESSÃO E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	49
3	MÉTODO.....	55
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	55
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	55
3.3	AMOSTRA.....	56
3.4	AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO.....	56
3.4.1	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	57
3.4.2	DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA CID-10.....	59
3.4.3	DIAGNÓSTICO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS.....	60
3.5	AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO.....	61
3.5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	61
3.5.2	SUORTE SOCIAL.....	61
3.5.3	AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	62
3.5.4	AVALIAÇÃO DO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	63
3.5.4.1	USO DE MEDICAÇÕES ANTIDEPRESSIVAS.....	64
3.6	PROCEDIMENTOS.....	64
3.6.1	TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	64
3.6.1.1	TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DO GMS.....	65
3.6.1.2	TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DOS DEMAIS INSTRUMENTOS.....	65
3.6.2	IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NAS ÁREAS DE CAPTAÇÃO DO ESTUDO.....	66
3.6.2.1	MAPAS.....	66
3.6.2.2	ARROLAMENTO DOMICILIAR.....	66
3.6.3	ENTREVISTAS.....	68
3.7	MANEJO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69
3.7.1	ANÁLISE DOS DADOS.....	69
3.7.2	ANÁLISES DE SENSIBILIDADE.....	70
3.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	71

4	RESULTADOS	73
4.1	PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM A CID-10, SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O GMS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS	74
4.2	ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	75
4.3	ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	77
4.4	ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM SUPORTE SOCIAL	79
4.5	ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E SUPORTE SOCIAL	81
4.6	ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL ASSOCIADA	83
4.7	ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL ASSOCIADA	88
4.8	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	92
4.9	ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	96
4.9.1	USO DE MEDICAÇÕES ANTIDEPRESSIVAS	100
4.10	ANÁLISES DE SENSIBILIDADE	100
5	DISCUSSÃO	104
5.1	PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS	105
5.2	ASPECTOS METODOLÓGICOS	106
5.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	109
5.4	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E SUPORTE SOCIAL	110
5.5	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL	112
5.6	ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	114
5.7	VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	115
5.8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
6	CONCLUSÕES	119

7 ANEXOS.....	120
----------------------	------------

8 REFERÊNCIAS.....	127
---------------------------	------------

APÊNDICE

LISTA DE SIGLAS

AGECAT	Automated Geriatric Examination for Computed Assisted Taxonomy
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APVD	Atividades Práticas de Vida Diária
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CES-D	Center for Epidemiologic Studies-Depression
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico
DSSI	Delusion Symptoms Signs Inventory
GDS	Geriatric Depression Scale
GHQ	General Health Questionnaire
GMS	Geriatric Mental Status
LASA	The Longitudinal Aging Study Amsterdam
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NPI	Inventário Neuropsiquiátrico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PDA	Psychiatric Diagnostic Assessment
SABE	Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SCAN	Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCI	Structured Clinical Interview
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SHORT-CARE	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation Brazilian
BOAS	Old Age Schedule
SPAH	São Paulo Ageing & Health Study
SPES	Short Psychiatric Evaluation Schedule
ZDSI	Zung Depression Status Inventory

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Estudos populacionais de prevalência de depressão segundo os critérios da CID e do DSM que incluíram idosos da comunidade.....	6
TABELA 2	Estudos populacionais de prevalência de sintomas depressivos que incluíram idosos da comunidade.....	7
TABELA 3	Características sociodemográficas dos idosos elegíveis para o estudo.....	74
TABELA 4	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e características sociodemográficas (N=2.024).....	76
TABELA 5	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e características sociodemográficas (N=2.024).....	78
TABELA 6	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e suporte social (N=2.024)....	80
TABELA 7	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e suporte social (N=2.024).....	82
TABELA 8	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos com morbidade física e limitação funcional associada (N=2.024).....	84
TABELA 9	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos com número de comorbidades e escore de limitação funcional (N=2.024).....	87
TABELA 10	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre síndromes depressivas e morbidade física e limitação funcional associada (N=2.024).....	88
TABELA 11	Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e número de comorbidades e escore de incapacitação (N=2.024).....	91

TABELA 12 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e uso de serviços de saúde (N=2.024).....	94
TABELA 13 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e uso de serviços de saúde (N=2.024).....	98

RESUMO

Crepaldi AL. *Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde*. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 152p.

Existem poucos estudos brasileiros que investigaram a prevalência de depressão e os fatores de risco associados em idosos da comunidade utilizando instrumentos de avaliação de depressão adequados para esta população. O impacto da depressão no uso de serviços de saúde por idosos também é pouco conhecido no Brasil. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de depressão, de sintomas depressivos e de síndromes depressivas, os fatores de risco associados, e o uso de serviços de saúde em idosos residentes em comunidades de baixa renda em São Paulo. Este estudo faz parte do São Paulo Ageing & Health Study, um estudo populacional que investigou a epidemiologia dos transtornos mentais em idosos residentes em áreas de baixa renda em São Paulo. Dois mil e vinte e quatro idosos foram avaliados para a presença sintomas depressivos por meio do Geriatric Mental Status e de seu algoritmo (GMS/AGECAT) e do Inventário Neuropsiquiátrico. O diagnóstico de depressão obedeceu aos critérios da CDI-10, e o de sintomas depressivos baseou-se no GMS/AGECAT. Idosos que receberam o diagnóstico de depressão e/ou de sintomas depressivos foram considerados como portadores de síndromes depressivas. Informações sobre fatores de risco e uso de serviços de saúde foram coletadas através de questionário padronizado desenvolvido para o estudo. A prevalência de depressão, de sintomas depressivos e de síndromes depressivas foi de 4,9%, 27,1% e 28,0%, respectivamente. Síndromes depressivas estiveram associadas a gênero feminino, faixas etárias mais altas, baixo status socioeconômico, maior número de morbidades físicas, níveis mais altos de limitação funcional e maior uso de serviços de saúde, mesmo após o ajuste para gênero, idade e renda. As prevalências encontradas neste estudo foram em geral mais altas do que as encontradas no Brasil e em estudos internacionais. No entanto, os fatores de risco associados e o padrão de uso de serviços de saúde estiveram de acordo com a literatura. Aspectos metodológicos dos estudos de prevalência de depressão e de sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade são discutidos.

Descritores: Depressão. Idoso. Prevalência. Fatores de risco. Serviços de saúde/ utilização.

SUMMARY

Crepaldi AL. *Depression and depressive symptoms in elderly low-income community in São Paulo: prevalence, associated factors and use of health services*. São Paulo [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009. 152p.

There are few Brazilian studies that have investigated the prevalence of depression and associated risk factors in the elderly community using tools appropriate for assessing depression in this population. The impact of depression on the use of health services by the older adults is also not well known in Brazil. The objective of the study was to investigate the prevalence of depression, depressive symptoms and depressive syndromes, the associated risk factors, and the use of health services by the elderly residents in low-income communities in the City of São Paulo. This study was part of the São Paulo Aging & Health Study, a population study investigating the epidemiology of mental disorders among elderly residents in low income communities in the City of São Paulo. Two thousand twenty four elderly were evaluated for symptoms of depression using the Geriatric Mental Status and its algorithm (GMS/AGECAT) and the Neuropsychiatric Inventory. The diagnosis of depression followed the ICD-10 criteria, and depressive symptoms diagnosis was based on the GMS/AGECAT criteria. Those who received a diagnosis of depression and/or depressive symptoms were considered as having depressive syndromes. Information on risk factors and on the use of health services was collected using a standardized questionnaire developed for the study. The prevalence of depression, depressive symptoms and depressive syndromes were 4.9%, 27.1% and 28.0%, respectively. Depressive syndromes were associated with: females, higher age groups, lower socioeconomic status, greater number of physical morbidities, higher levels of functional limitation, and greater use of health services, even after adjusting for gender, age and income. The prevalence rates found in this study were, in general, higher than those found in Brazil and in international studies. However, the associated risk factors and the pattern of use of health services were in agreement with the literature. Methodological aspects of the studies of the prevalence of depression and depressive symptoms in the elderly living in the community are discussed.

Descriptors: Depression. Aged. Prevalence. Risk factors. Health services/utilization.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e particularmente importante nos países em desenvolvimento. De acordo com projeções das Organizações das Nações Unidas (ONU)¹, estima-se que a população de 60 anos ou mais nesses países aumente de 8,0% em 2005 para cerca de 20,0% em 2050. No Brasil, estas proporções são estimadas em 8,8 e 24,6%, respectivamente². Essa rápida transição demográfica, consequência da queda das taxas de fecundidade e de mortalidade que o país vem experimentando nas últimas décadas, vem produzindo mudanças nas demandas de saúde da população brasileira na direção das necessidades da população idosa, representadas por problemas crônicos, múltiplos e que requerem intervenções mais sofisticadas e onerosas³.

Nesse contexto, a depressão emerge como um importante problema de saúde entre os idosos por sua frequência e por sua forte associação com comorbidades físicas⁴, mortalidade^{5,6}, níveis de incapacitação⁷⁻¹⁰ e prejuízo da qualidade de vida nos portadores^{11,12}, pela sobrecarga emocional e física para a família e para os cuidadores¹³, e pelo aumento nos custos econômicos para sociedade devido ao aumento da utilização de serviços de saúde^{14,15}.

Nos últimos anos, os estudos têm investigado e destacado a importância de quadros depressivos mais leves entre os idosos. Esses estudos têm mostrado que sintomas depressivos que não preenchem os critérios diagnósticos de depressão dos sistemas vigentes de classificação dos transtornos mentais, isto é, da Classificação

Internacional de Doenças – CID¹⁶ e do Manual Diagnóstico e Estatístico – DSM¹⁷, são mais prevalentes^{18,19} do que os quadros mais graves, que são identificados por meio dos critérios desses sistemas de classificação. Além disso, também apresentam evolução clínica²⁰, prejuízo da qualidade de vida e níveis de incapacidade e de utilização de serviços e recursos de saúde comparáveis ao que se observa para os quadros depressivos que preenchem os critérios da CID e do DSM^{12,14,21}.

Entretanto, as taxas de identificação e de tratamento de quadros depressivos entre idosos que procuram a atenção primária à saúde, porta de entrada para o sistema de saúde, são muito baixas^{22,23}; embora idosos com quadros depressivos tenham mais contatos com serviços de saúde do que idosos sem depressão²⁴⁻²⁶ e existam tratamentos psicossociais e farmacológicos comprovadamente eficazes²³. Existem diversas barreiras que contribuem para a não identificação e não tratamento de idosos com depressão por médicos da atenção primária. Entre elas, destacam-se o estigma associado aos transtornos mentais; a atribuição de sintomas depressivos ao envelhecimento; manifestação dos sintomas depressivos por meio de queixas somáticas; pouco tempo para consulta médica com priorização de problemas e queixas físicas; e falta de treinamento da equipe de saúde para reconhecer e tratar os quadros depressivos²³.

Assim, embora a alta prevalência da depressão e de sintomas depressivos em idosos e o impacto nos idosos, nos seus familiares e na sociedade sejam bem estabelecidos na literatura, esses idosos não têm tido esta necessidade de cuidado atendida, e a magnitude do problema é pouco conhecida em idosos brasileiros, dificultando a elaboração de estratégias nos serviços de saúde para minimizar esse impacto. Existem poucos estudos populacionais nacionais que investigam a

prevalência de depressão e de sintomas depressivos em idosos utilizando instrumentos adequados para esta população e com amostras adequadas para a identificação dos fatores de risco associados. Além disso, não foram encontrados estudos nacionais conduzidos com idosos que investigassem sistematicamente a influência da depressão e de sintomas depressivos na utilização de serviços de saúde.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1. Estimar a prevalência de depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas em idosos de 65 anos ou mais, de baixa renda, não-institucionalizados e residentes na cidade de São Paulo;
2. Investigar a associação entre síndromes depressivas e características sociodemográficas, suporte social, morbidade autorreferida e limitação funcional associada; e
3. Investigar a associação entre depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas e uso de serviços de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão bibliográfica dos estudos populacionais, realizados a partir de 1995, que investigaram em idosos a prevalência de quadros depressivos, fatores de risco associados e influência na utilização de serviços de saúde. Com isso, procurou-se delimitar o estado de conhecimento atual sobre o tema, com o intuito de situar os achados do presente estudo no contexto da literatura internacional.

Os estudos incluídos nesta dissertação foram em geral realizados com idosos de 60 anos ou mais de idade, residentes na comunidade, e que investigaram a prevalência de depressão e de sintomas depressivos no último mês, bem como os fatores de risco associados. No entanto, estudos conduzidos com a população adulta em geral ou que estimaram a prevalência de depressão no último ano também foram incluídos, quando relataram a prevalência em idosos ou quando foram julgados como relevantes em termos do tamanho e da representatividade da amostra e da representatividade na região em que foi realizado. Estudos realizados no Brasil e aqueles que utilizaram o *Geriatric Mental Status (GMS)*²⁷ como instrumento de avaliação de depressão (instrumento utilizado na presente dissertação) foram ativamente buscados. As referências citadas pelos estudos encontrados, de acordo com os critérios anteriores, também foram examinadas e selecionadas, quando se tratavam de estudos populacionais ou de revisão que traziam alguma contribuição para o conhecimento dos fatores de risco para depressão e sintomas depressivos em idosos.

Dessa forma serão apresentados (1) os aspectos metodológicos dos estudos populacionais, (2) os critérios diagnósticos para depressão e sintomas depressivos e os instrumentos utilizados para esses diagnósticos, (3) as prevalências de depressão e de sintomas depressivos encontradas nos diversos estudos e separadas de acordo com o instrumento utilizado, (4) as prevalências de depressão e de sintomas depressivos encontradas em estudos brasileiros, e (5) a revisão dos estudos em relação à associação entre depressão e sintomas depressivos com os principais fatores de risco.

2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DOS ESTUDOS POPULACIONAIS

A maioria dos estudos foi conduzida em países desenvolvidos da Europa e da América do Norte. Apenas mais recentemente também têm sido realizados em maior volume em países em desenvolvimento, sobretudo na Ásia. Entretanto, há poucos estudos realizados na África, na América Latina e no Brasil. As Tabelas 1 e 2 resumem os principais estudos de prevalência de depressão e de sintomas depressivos em idosos da comunidade.

Tabela 1 – Estudos populacionais de prevalência de depressão segundo os critérios da CID e do DSM que incluíram idosos da comunidade

Autores e ano	País/Região	Idade	Critério	Depressão	
				Prevalência	
				Maior/Episódio	Menor
Cole et al., 2008 ²⁸	Canadá	65+	CIDI/DSM-IV	3,9 ^I	18,7
Gureje et al., 2007 ²⁹	Nigéria	65+	CIDI/DSM-IV	7,1 ^I	
Mojtabai e Olfson, 2004 ³⁰	EUA	50+	CIDI/DSM-IIIIR	4,0 ^{I,II}	
Wilhelm et al., 2003 ³¹	Austrália	18+	CIDI/DSM-IV	1,2 ^{II}	
			CIDI/CID-10	1,2 ^{II}	
Steffens et al., 2000 ³²	EUA	65+	DIS/DSM-IV	3,7	
Beekman et al., 1995 ³³	Holanda	55+	DIS/DSM-III	2,0	
Chen et al., 2007 ³⁴	Taiwan	65+	GMS/DSM-IV	3,3	8,8
Lobo et al., 1995 ³⁵	Espanha	65+	GMS/DSM-IIIIR	1,0	
Ritchie et al., 2004 ³⁶	França	65+	MINI/DSM-IV	3,1	
Päivärinta et al., 1999 ³⁷	Finlândia	85+	Zung Scale/DSM-IIIIR	5,6	18,6
Liu et al., 1997 ³⁸	China	65+	PDA/DSM-IIIIR	6,1	
Ostbye et al., 2005 ²¹	Canadá	65+	DSM-IV	2,6	4,0
Newman et al., 1998 ³⁹	Canadá	65+	DSM-IV	0,9	3,6
Valvanne et al., 1996 ⁴⁰	Finlândia	75+	DSM-III	6,0	
Estudos brasileiros					
Andrade et al., 2002 ⁴¹	São Paulo (SP), Brasil	18+	CIDI/CID-10	2,7 ^{III}	
Vorcaro et al., 2001 ⁴²	BambuÍ (MG), Brasil	18+	CIDI/CID-10	25,0% mulheres ^{III} 5,1% homens ^{III}	
Costa et al., 2007 ⁴³	BambuÍ (MG), Brasil	75+	GHQ/ GDS/SCAN/CID	15,4	
Xavier et al., 2002 ⁴⁴	Veranópolis (RS), Brasil	80+	SCI/DSM-IV	6,1 ^{IV}	12,1 ^{IV}
I - prevalência no último ano					
II - prevalência em maiores de 65 anos					
III - prevalência em maiores de 60 anos					
IV - prevalência nos últimos seis meses					

Tabela 2 – Estudos populacionais de prevalência de sintomas depressivos que incluíram idosos da comunidade

Instrumento	Autores e ano	Localidade	Idade	Critério	Prevalência
GDS					
	Baiyewu et al., 2007 ⁴⁵	Nigéria	69+	GDS-30 10+	21,4
		EUA			14,5
	Al-Shammari e Al-Subaie, 1999 ⁴⁶	Arábia Saudita	60+	GDS-30 10+	39,0
	Alvarado et al., 2007 ⁴⁷	América Latina e Caribe	60+	GDS-15 11+	0,3-9,5 mulheres 0,4-5,2 homens
	Chiu et al., 2005 ⁴⁸	Taiwan	65+	GDS-15 8+	20,1 urbana 12,8 rural
	Chou e Chi, 2005 ⁴⁹	Hong Kong	60+	GDS-15 8+	19,1 60-69 anos 22,4 70-79 anos 31,1 80+ anos
	Weyerer et al., 2008 ⁵⁰	Alemanha	75+	GDS-15 6+	9,7
	Torija et al., 2007 ⁵¹	Espanha	65+	GDS-15 6+	19,7
	Stek et al., 2004 ⁵²	Holanda	85+	GDS-15 6+	15,4
	Wada et al., 2004 ¹¹	Japão	65+	GDS-15 6+	33,5
	Liu et al., 1997 ³⁸	China	65+	GDS-15 6+	25,7
GMS-AGECAT					
	Chuan et al., 2008 ⁵³	Cingapura	60+	GMS/AGECAT-E1	5,5
	Ghubash et al., 2004 ⁵⁴	Emirados Árabes	60+	GMS/AGECAT-E1	20,2
	Schoevers et al., 2003 ⁵⁵	Holanda	65+	GMS/AGECAT-E1	12,9
	Wilson et al., 1999 ⁵⁶	Inglaterra	65+	GMS/AGECAT-E1	10,0
	Newman et al., 1998 ³⁹	Canadá	65+	GMS/AGECAT-E1	11,2
	Kirby et al., 1997 ⁵⁷	Irlanda	65+	GMS/AGECAT-E1	10,3
	Chen et al., 2004 ⁵⁸	China	65+	GMS/AGECAT-E2	2,3
	Copeland et al., 2004 ⁵⁹	Europa (9 países)	65+	GMS/AGECAT-E2	12,3 ¹ (8,8-23,6)
	Chong et al., 2001 ⁶⁰	Taiwan	65+	GMS/AGECAT-E2	21,3
	McCracken et al., 1997 ⁶¹	Inglaterra	65+	GMS/AGECAT-E2	15,2

Instrumento	Autores e ano	Localidade	Idade	Critério	Prevalência
CES-D					
	Minicuci et al., 2002 ⁶²	Itália	65+	CES-D 16+	58,0 mulheres 34,0 homens
	Swenson et al., 2000 ⁶³	EUA	65+	CES-D 16+	11,4
	Beekman et al., 1995 ³³	Holanda	65+	CES-D 16+	12,9
	Hybels et al., 2001 ⁶⁴	EUA	65+	CES-D 9+	9,1
Outros					
	Castro-Costa et al., 2007 ⁶⁵	Europa (10 países)	50+	EUROD 4+	18,1-36,8
	Ambo et al., 2001 ⁶⁶	Japão	65+	Zung Scale 48+	6,4
	Prince et al., 1997 ¹⁰	Inglaterra	65+	SHORT-CARE	17,7
Estudos brasileiros					
	Maciel e Guerra, 2006 ⁶⁷	Santa Cruz (RN)	60+	GDS-15 6+	25,5
	Ramos-Cerqueira, 2003 ⁶⁸	São Paulo (SP)	60+	GDS-15 6+	18,1
	Carvalhais et al., 2008 ⁶⁹	BambuÍ (MG)	60+	GHQ-12 4+	38,5
	Blay et al., 2007 ²⁵	RS	60+	SPES 2+	22,7
	Veras e Murphy, 1994 ⁷⁰	Rio de Janeiro (RJ)	60+	CARE	26,0
I - estimativa agrupada para nove países; entre parênteses, variação entre os países					
E1 – Estágio diagnóstico 1 (sindrômico)					
E2 – Estágio diagnóstico 2 (hierárquico)					

A maior parte dos estudos foi realizada em uma única fase^{10,11,21,25,28-32,34-37,39-42,44-70}, no entanto alguns utilizaram um desenho em duas fases^{33,38,43}. Nesses casos, na primeira fase, toda a amostra foi rastreada para a presença de sintomas depressivos utilizando uma escala de rastreamento e, numa segunda fase, todos os sujeitos positivamente rastreados para depressão, e uma amostra aleatória dos rastreados negativamente, foram reavaliados com entrevista estruturada para confirmação do diagnóstico^{33,43} ou, alternativamente, apenas os sujeitos com rastreamento positivo foram reavaliados³⁸.

A prevalência de depressão e de sintomas depressivos tem variado amplamente de acordo com o instrumento utilizado, com o ponto de corte utilizado nas escalas e com o tipo de amostra selecionada, como, por exemplo, a idade dos participantes e a inclusão ou não de sujeitos institucionalizados ou com demência. No entanto, não existe um padrão identificável de variação dessas prevalências, embora fosse esperado, por exemplo, que as prevalências em estudos que incluíram idosos institucionalizados ou com demência fossem maiores do que as prevalências em estudos em que esses idosos foram excluídos, pois ambos são fatores de risco para os sintomas depressivos¹⁹. De fato, a maioria dos estudos de prevalência conduzidos na comunidade tem excluído idosos institucionalizados ou portadores de demência^{25,29,36,38,42,49,54,65,66,68,70}.

2.1.1 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os critérios diagnósticos para depressão provêm dos dois principais sistemas atuais de classificação dos transtornos mentais: a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde, atualmente na décima edição (CID-10)¹⁶, e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na quarta edição (DSM-IV)¹⁷.

Essencialmente, os critérios de depressão desses sistemas de classificação são bastante semelhantes. Para ambos, os sintomas depressivos devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas consecutivas e devem causar prejuízo funcional significativo^{16,17}. De acordo com os critérios do DSM-IV, fica ainda explícito que os sintomas não devem decorrer do efeito fisiológico de alguma substância, de alguma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo), e não devem ser melhor explicados por outros transtornos mentais¹⁷.

Os sintomas depressivos compartilhados por ambas as classificações incluem: humor deprimido; anedonia; fadiga; alterações de sono; alterações de apetite; agitação ou retardo psicomotor; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão; e pensamentos de morte ou autolesivos recorrentes^{16,17}. A CID-10 inclui um décimo sintoma: autoestima e autoconfiança reduzidas¹⁶.

As diferenças nos dois critérios residem no número e no tipo de sintomas obrigatórios e no número total de sintomas. Assim, de acordo com a CID-10, para preencher os critérios de episódio depressivo, o indivíduo deve apresentar um total

de quatro sintomas, sendo que pelo menos dois deles devem ser humor deprimido, anedonia ou fadiga¹⁶. Para preencher os critérios de episódio depressivo maior pelo DMS-IV, o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco sintomas, sendo que um deles deve ser humor deprimido ou anedonia¹⁷.

Atualmente, uma categoria classificada pelo DSM-IV no grupo das depressões sem outra especificação, tem sido chamada de depressão menor. Esse quadro caracteriza-se pela presença de dois a quatro sintomas depressivos do DSM e não dos cinco ou mais necessários para o diagnóstico de depressão maior¹⁷.

Para a avaliação dos sintomas que compõem os critérios diagnósticos anteriores, os estudos utilizaram principalmente entrevistas psiquiátricas estruturadas, como a *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*^{28-31,41,42}, a *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*^{32,33}, o *Geriatric Mental Status (GMS)*³⁵, a *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*³⁶, a *Structured Clinical Interview (SCI)*⁴⁴, a *Psychiatric Diagnostic Assessment (PDA)*³⁸ e a *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*⁴³. No entanto, em alguns casos, os critérios foram avaliados diretamente por meio de entrevista clínica não estruturada. Dentre os estudos revisados, apenas um utilizou uma escala de sintomas depressivos, a *Zung Depression Status Inventory (ZDSI)*³⁷, aos quais foram aplicados os critérios do DSM-III-R³⁷.

2.1.1.1 PREVALÊNCIA DE EPISÓDIO DEPRESSIVO (CID) E DE DEPRESSÃO MAIOR E DEPRESSÃO MENOR (DSM)

A Tabela 1 resume os principais estudos de prevalência de depressão em idosos da comunidade, encontrados na literatura de 1995 a 2008. Como a maioria dos estudos tem utilizado os critérios de depressão do DSM, as prevalências serão apresentadas em conjunto com os estudos que também utilizaram os critérios da CID. A prevalência de depressão no último mês, de acordo com o DSM ou com a CID, considerando os estudos que publicaram a estimativa de toda a população, variou de 0,9 a 15,4%^{21,31-34,36-38,40,43,44}. No entanto, na maioria dos estudos a prevalência de depressão no último mês, em idosos com 60 anos ou mais, ficou em torno de 2,0 a 4,0%^{21,31-34,36,38}; ao passo que estudos que investigaram a prevalência em idosos mais velhos, a partir dos 75 anos, encontraram prevalências em torno de 6,0%^{37,40,44}. O estudo brasileiro de Costa et al.⁴³ encontrou a maior prevalência entre os estudos: 15,4%, de acordo com os critérios da CID-10 em idosos maiores de 74 anos. Os estudos que investigaram a prevalência-ano de depressão encontraram taxas entre 3,9 e 7,1%²⁸⁻³⁰.

A seguir serão descritos exemplos de estudos que investigaram a prevalência de depressão em idosos. Procurou-se contemplar na seleção de investigações da prevalência-mês de depressão aquelas que fossem representativas da diversidade metodológica encontrada nos estudos revisados, em relação ao tipo de população amostrada (adultos em geral ou idosos; institucionalizados ou não), número de fases (uma ou duas) e região em que foram realizados (foi incluído um estudo asiático). Os

três estudos revisados que investigaram a prevalência-ano de depressão foram descritos.

➤ PREVALÊNCIA-MÊS

Uma pesquisa foi conduzida na Austrália com uma amostra nacional representativa, com cerca de 10 mil participantes de 18 anos ou mais, não institucionalizados e residentes em áreas urbanas e rurais. Utilizando a CIDI como entrevista diagnóstica, este estudo obteve a mesma prevalência de depressão de acordo com o DSM-IV e com a CID-10, em maiores de 65 anos: 1,2%³¹.

Um estudo de duas fases realizado na Holanda, denominado *The Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*, entrevistou cerca de 3 mil pessoas de 55 anos ou mais e aplicou a escala *Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D)* para rastreamento de depressão. Todos os sujeitos que pontuaram 16 ou mais nesta escala (prováveis casos) e em uma amostra aleatória de mesmo tamanho de sujeitos que pontuaram 15 ou menos foi entrevistada cerca de duas a oito semanas após a avaliação inicial utilizando a DIS. A prevalência de depressão encontrada nesses sujeitos foi de 2,0% de acordo com os critérios do DSM-III³³.

Já outro estudo realizado nos EUA, denominado *The Cache County Study*, com cerca de 4.500 idosos de 65 anos ou mais, sem demência e incluindo idosos institucionalizados, encontrou uma prevalência de 3,7% de depressão, de acordo como DSM-IV. Esse estudo também utilizou a DIS como entrevista diagnóstica³².

Na Finlândia, um estudo investigou a prevalência de depressão em 339 idosos de 85 anos ou mais, institucionalizados ou não e sem déficit cognitivo. Os critérios

do DSM-III-R foram aplicados à *Zung Depression Status Inventory (ZDSI)*³⁷ e foi encontrada uma prevalência de depressão maior de 5,6%³⁷.

Na Ásia, um estudo realizado em Taiwan com quase 1.200 idosos de 65 anos ou mais utilizou o GMS como entrevista diagnóstica e obteve uma prevalência de depressão de 3,3% de acordo com o DSM-IV³⁴.

➤ PREVALÊNCIA-ANO

O *Ibadan Study of Aging*, realizado na Nigéria com cerca de 1.900 participantes de 65 anos ou mais, sem demência e não institucionalizados, encontrou uma prevalência-ano de depressão de 7,1%²⁹. De outro lado, um estudo norte-americano com quase 10 mil sujeitos de 50 anos ou mais, não institucionalizados, encontrou uma prevalência-ano de 4,0% entre os maiores de 64 anos de acordo com os critérios do DSM-III-R, independente do status cognitivo³⁰. Resultado semelhante foi encontrado no *Canadian Community Health Survey*, em uma pesquisa conduzida com uma amostra nacional representativa com cerca de 7.700 idosos canadenses maiores de 65 anos, não institucionalizados e residentes em áreas urbanas e rurais. A prevalência-ano de depressão encontrada nesse estudo foi de 3,9% de acordo com o DSM-IV, independente do status cognitivo²⁸.

➤ PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO MENOR

Em relação à depressão menor, os estudos têm apontado prevalências que variam de 4,0 a cerca de 19,0%^{21,28,34,37,39,44}. Estudos conduzidos em idosos de 65

anos ou mais no Canadá têm encontrado prevalências em torno de 4,0%, utilizando os critérios do DSM-IV^{21,39}. Por outro lado, na Finlândia, um estudo encontrou uma prevalência de depressão menor de 18,6% entre idosos de 85 anos ou mais³⁷.

2.1.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SINTOMAS DEPRESSIVOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A denominação dos sintomas depressivos que não preenchem os critérios diagnósticos da CID e do DSM tem variado de estudo para estudo. Têm sido chamados de sintomas depressivos clinicamente significativos, depressão subsindrômica, depressão subliminar (*subthreshold depression*) e de depressão menor¹⁹. Como o termo ‘depressão menor’ tem sido reservado para uma categoria específica, classificada pelo DSM-IV no grupo das depressões sem outra especificação, seu critério diagnóstico e prevalência foram descritos anteriormente junto com a depressão maior. Por outro lado, as demais denominações para sintomas depressivos referem-se a diferentes critérios diagnósticos de depressão, principalmente sintomas depressivos que estão acima de um determinado ponto de corte em escalas de rastreamento de depressão.

A escala mais comumente utilizada como critério diagnóstico de sintomas depressivos em estudos populacionais, possivelmente por ter sido desenvolvida especificamente para a avaliação de sintomas depressivos em idosos, é a *Geriatric Depression Scale* (GDS), nas versões de 30 e 15 itens. Os pontos de corte têm

variado entre os estudos, mas, em geral, são utilizados 10 ou mais pontos na versão de 30 itens^{43,45,46} e 6 ou mais pontos na versão de 15 itens^{11,38,47-52}.

O *Geriatric Mental Status* (GMS) também tem sido amplamente utilizado^{39,53-61}. Trata-se de uma entrevista estruturada que envolve uma avaliação ampla e detalhada do estado mental geriátrico, aproxima-se muito de uma avaliação clínica e, por isso, diferencia-se de escalas de sintomas depressivos⁷¹. Os diagnósticos são gerados por um algoritmo computadorizado, denominado *Automated Geriatric Examination for Computed Assisted Taxonomy* (AGECAT)²⁷, o qual será discutido em detalhes na seção “Métodos” deste trabalho. Em resumo, o AGECAT opera em dois estágios diagnósticos: o primeiro fornece um diagnóstico sindrômico e o segundo, um diagnóstico hierárquico. Há uma controvérsia na literatura se os diagnósticos gerados pelo GMS equivaleriam aos diagnósticos de acordo com os critérios do DSM ou da CID³⁹, como postulado por alguns autores^{53,59}. Por conta disso, optou-se por considerar, no presente estudo, o GMS/AGECAT como instrumento de avaliação de sintomas depressivos.

Há, ainda, uma dificuldade extra com os estudos que utilizaram o GMS/AGECAT: alguns deles não deixaram claro qual estágio diagnóstico foi utilizado. Estudos em que o estágio sindrômico (estágio 1) não foi explicitamente citado como critério diagnóstico, foram considerados como tendo utilizado o estágio hierárquico (estágio 2). A implicação disso é que, em estudos que utilizaram o diagnóstico hierárquico, esperam-se prevalências menores, pois, neste estágio diagnóstico, se houver comorbidade, apenas um diagnóstico será escolhido como principal. Por exemplo, o diagnóstico de depressão é preterido sempre que o sujeito preencher os critérios para síndrome orgânica.

Outro instrumento utilizado é o *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D), escala de rastreamento de depressão de 20 itens, tendo como o ponto de corte mais utilizado o de 16 ou mais^{33,62-64}.

Uma série de outros instrumentos também tem sido utilizada, mas com menor frequência, como o *General Health Questionnaire* (GHQ)⁴³, o *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES)²⁵, a EURO-D⁶⁵, a *Zung Depression Status Inventory* (ZDSI)^{37,66}, a versão reduzida da *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation* (SHORT-CARE)^{10,72} e a *Brazilian Old Age Schedule* (BOAS)⁷⁰.

2.1.2.1 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

A Tabela 2 mostra as prevalências de sintomas depressivos nos diferentes contextos e com diferentes critérios diagnósticos. Independente do critério diagnóstico, as prevalências são quase sempre mais elevadas do que as de depressão de acordo com os critérios da CID ou do DSM, e variaram entre 2,3 e 39,0%^{10,11,25,33,38,39,45,46,50-61,63,65-70}, excetuando-se os estudos que não relataram a prevalência total na amostra ou os que utilizaram pontos de corte diferenciados em relação à maioria dos estudos^{47-49,62,64}.

A seguir serão descritos exemplos de estudos que investigaram a prevalência de sintomas depressivos, procurando-se contemplar a diversidade metodológica empregada nesses estudos.

2.1.2.2 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Utilizando o GDS como critério diagnóstico de sintomas depressivos, a prevalência variou entre 9,7 e 30,9%^{11, 38, 46, 50-52}. Assim, utilizando o GDS de 15 itens com ponto de corte de 6 ou mais, um estudo japonês com cerca de 5.400 idosos de 65 anos ou mais, não institucionalizados e residentes em áreas rurais encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 33,5%¹¹. Já um estudo alemão com cerca de 3.300 idosos de 75 anos ou mais, identificados por meio das listas de idosos registrados na atenção primária da área urbana, encontrou uma prevalência de 9,7% utilizando o mesmo critério diagnóstico⁵⁰. Por outro lado, uma pesquisa realizada na Arábia Saudita, com quase 8 mil idosos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, identificados por meio da lista de idosos da atenção primária, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 39,0% utilizando um ponto de corte de 10 ou mais no GDS de 30 itens⁴⁶.

2.1.2.3 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O GMS

Utilizando-se o GMS/AGECAT como critério diagnóstico para depressão, independente do estágio diagnóstico utilizado (sindrômico ou hierárquico), as prevalências de sintomas depressivos variaram entre 2,3 e 23,6%^{39, 53-61}. Nesse contexto, um consórcio formado por países europeus, para o estudo de depressão

entre idosos (EURODEP), relatou a prevalência de sintomas depressivos de acordo com o diagnóstico hierárquico do GMS/AGECAT em cidades da Holanda, Alemanha, Irlanda, Islândia, Inglaterra, Itália e Espanha⁵⁹. A prevalência de sintomas depressivos variou entre 8,8% na Islândia e 23,6% em Munique, na Alemanha. A estimativa agrupada para 13.808 sujeitos dos diferentes centros foi de 12,3%. No entanto, as populações eram muito heterogêneas em relação à idade da amostra (a partir de 65 anos, mas algumas incluíram sujeitos maiores de 85 anos), ao grau de urbanicidade (a amostra islandesa era mista, urbana e rural), à proporção de indivíduos institucionalizados incluídos e à religião predominante⁵⁹.

Outro estudo holandês, denominado *Amsterdam Study of the Elderly*, conduzido com cerca de 4 mil idosos de 65-84 anos, residentes na área urbana, não institucionalizados, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos, de acordo com o estágio sintômico do GMS/AGECAT, de 12,9%, independente do status cognitivo⁵⁵. Um estudo canadense com cerca de 1.100 idosos residentes na área urbana, não institucionalizados, sem demência e maiores de 65 anos de idade encontrou uma prevalência de 11,4%, utilizando o estágio 1 (sintômico) do GMS/AGECAT³⁹.

O GMS/AGECAT também tem sido utilizado em estudos conduzidos na Ásia. O *Taiwan Old Age Depression Study* investigou a prevalência de sintomas depressivos, de acordo com o GMS/AGECAT estágio 2 (hierárquico), em 1.500 idosos de 65 anos ou mais, residentes em áreas urbana e rural, e encontrou o valor de 21,3%⁶⁰. Por outro lado, utilizando o estágio 1 (sintômico) do GMS/AGECAT, um estudo realizado com cerca de 1.100 idosos de 60 anos ou mais, representativos da população idosa de Cingapura, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos

de 5,5%⁵³, independente do status cognitivo. Um estudo chinês também encontrou uma prevalência mais baixa, 2,3%, de sintomas depressivos, de acordo com o estágio 2 do GMS, em cerca de 1.700 idosos de 65 anos ou mais da comunidade³⁴.

Não foram encontrados estudos realizados na América Latina ou no Brasil, que utilizassem o GMS/AGECAT como critério diagnóstico.

2.1.2.4 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O CES-D

Quatro estudos, dentre os revisados, utilizaram o CES-D como critério diagnóstico para sintomas depressivos^{33,62-64}, mas apenas dois utilizaram o ponto de corte tradicional de 16 ou mais e relataram a prevalência total nas amostras estudadas. Nesses dois estudos, a prevalência de sintomas depressivos foi de aproximadamente 12%^{33,63}.

O *The San Valley Health and Aging Study*, realizado no Colorado, EUA, com quase 2 mil idosos de 60 anos ou mais, residentes em área rural, não institucionalizados, com pontuação no mini-exame do estado mental de 18 ou mais, encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 11,2%, utilizando como critério uma pontuação de 16 ou mais no CES-D⁶³. Na Holanda, o estudo LASA, descrito anteriormente, encontrou uma prevalência semelhante, de 12,9%, com o mesmo critério diagnóstico³³. Por outro lado, com o mesmo critério, um estudo italiano conduzido com 2.700 idosos de 65 anos ou mais, não institucionalizados, de áreas urbanas e rurais, e sem demência grave encontrou uma prevalência de sintomas

depressivos de 34% entre os homens e de 58% entre as mulheres⁶². Utilizando um ponto de corte de 9 ou mais na mesma escala, uma pesquisa americana, com cerca de 4 mil idosos de 65 anos ou mais, encontrou uma prevalência de 9,1%⁶⁴.

2.1.2.5 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM OUTROS INSTRUMENTOS

A prevalência de sintomas depressivos em estudos que utilizaram outras escalas (GHQ, SPES, EURO-D, ZSDS, SHORT-CARE e BOAS) variou entre 6,4 e 38,5%^{10,25,37,65,66,69,70}. Como exemplo, cita-se o estudo *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), que investigou e comparou a prevalência de sintomas depressivos em dez países europeus: Holanda, Dinamarca, Suécia, Alemanha, Áustria, Suíça, França, Espanha, Itália e Grécia. Foi utilizada como critério diagnóstico uma pontuação de 4 ou mais na EURO-D. A EURO-D é uma escala de 12 itens derivados do GMS desenvolvida especificamente para harmonizar os dados sobre sintomas depressivos em adultos mais velhos em países europeus. O estudo incluiu 22.777 pessoas de 50 anos ou mais, representativas da população não institucionalizada desses países. A prevalência de sintomas depressivos foi de 24,2% na Grécia, variou entre 33,3 e 36,8% nos países de origem latina, e variou entre 18,1 e 19,6% nos demais países⁶⁵.

2.1.3 PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NO BRASIL

No Brasil existem poucos estudos que investigaram a prevalência de transtornos mentais na comunidade, particularmente nos idosos. Os estudos existentes sobre a prevalência de depressão em idosos concentram-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país, os quais investigaram a prevalência em pessoas de 60 anos ou mais. Os estudos têm utilizado os critérios de depressão da CID e do DSM, e os instrumentos para o diagnóstico de sintomas depressivos têm variado (Tabelas 1 e 2).

2.1.3.1 PREVALÊNCIA DE EPISÓDIO DEPRESSIVO (CID) E DE DEPRESSÃO MAIOR E MENOR (DSM)

Uma coorte de todos os 1.742 idosos de 60 anos ou mais residentes no município rural mineiro de Bambuí, em primeiro de janeiro de 1.997, foram convidados a participar de uma investigação sobre aspectos relacionados à saúde e ao envelhecimento de idosos (*Bambuí Health and Aging Study*). Cerca de 1.500 idosos incluídos na avaliação inicial foram seguidos anualmente e aqueles que não pudessem fornecer respostas confiáveis às questões da entrevista, aqueles com uma pontuação menor que 12 no mini-exame do estado mental, ou os idosos com déficit visual ou auditivo graves, foram sendo excluídos da coorte a cada reavaliação⁴³.

Na quarta avaliação dessa coorte, ocorrida em 2.001, 392 idosos maiores de 74 anos, dos 413 elegíveis de acordo com a avaliação inicial, foram incluídos num estudo de duas fases, que investigou a prevalência-mês de transtornos mentais nesses idosos de acordo com os critérios da CID-10. Na primeira fase, os idosos foram rastreados para depressão por meio do GHQ-12 e do GDS-30. Na segunda fase, uma amostra aleatória foi reavaliada por meio da SCAN. Essa amostra foi constituída de 50% dos idosos que foram positivamente rastreados para depressão no GHQ-12 (4 ou mais pontos) e no GDS-30 (11 pontos ou mais), e mais 20% dos idosos com rastreamento negativo em ambas as escalas ou aqueles com rastreamento divergente nas duas escalas. Um total de 126 idosos foi incluído na segunda fase do estudo e 65 foram considerados como portadores de transtornos mentais. A prevalência de depressão encontrada foi de 15,4%, sendo 18,8% entre as mulheres e 7,9% entre os homens⁴³.

Ainda com dados da população de Bambuí, um estudo com a população de 18 anos de idade ou mais (*Bambuí Health Survey*), sem déficit cognitivo e sem limitações de saúde (surdez, por exemplo) que impedissem o participante de responder adequadamente ao inquérito, investigou a prevalência de depressão de acordo com os critérios da CID-10 e do DSM-III-R, utilizando a CIDI⁴². Cerca de 1.040 participantes foram incluídos entre os 1.221 elegíveis, e foi encontrada uma prevalência de depressão, de acordo com a CID-10 entre os idosos de 60 anos ou mais, de 25,0% entre as mulheres e de 5,1% entre os homens⁴². Não foram publicadas as prevalências de depressão de acordo com o DSM-III-R por faixa etária, nem o número total de idosos incluídos na amostra.

Em São Paulo (SP), Andrade et al.⁴¹ estudaram a prevalência de transtornos mentais, de acordo com a CID-10, em sujeitos de 18 anos ou mais, residentes em dois bairros da área de abrangência da unidade de atenção primária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Essa área era constituída por famílias das classes média e alta, mas continha algumas áreas de favela. Cerca de 77,0% dos sujeitos elegíveis concordaram em participar, constituindo uma amostra de cerca de 1.500 pessoas que foram entrevistadas utilizando-se a CIDI. Entre os 375 participantes de 60 anos ou mais, a prevalência-mês de episódio depressivo foi de 2,7% de acordo com a CID-10, sendo 2,9% entre as mulheres e 2,3% entre os homens. A prevalência-ano de depressão nessa amostra foi de 3,2%, sendo 3,7% entre as mulheres e 2,3% entre os homens*.

No Rio Grande do Sul, na cidade semi-rural de Veranópolis, um estudo investigou a prevalência de depressão numa amostra aleatória, representativa dos 219 idosos de 80 anos ou mais do município⁴⁴. Para isso, foi utilizada a entrevista estruturada SCI e aplicados os critérios do DSM-IV. Foram sorteados 77 idosos, destes 66 participaram do estudo. Dentre os participantes, 4 (6,1%) receberam o diagnóstico de depressão maior e 8 (12,2%) receberam o diagnóstico de depressão menor, de acordo com os critérios do DSM-IV.

* Andrade L, comunicação verbal.

2.1.3.2 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Na avaliação inicial da coorte do estudo de Bambuí, citado anteriormente, 1.500 idosos participaram de um estudo de prevalência de sintomas depressivos usando como critério uma pontuação de 4 ou mais no GHQ-12. A prevalência de sintomas depressivos encontrada foi de 38,5%⁶⁹.

Em São Paulo, como parte do projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), cerca de 2.100 idosos de 60 anos ou mais, residentes na área urbana de São Paulo, não institucionalizados e sem prejuízo cognitivo, foram avaliados quanto à presença de sintomas depressivos utilizando-se o GDS-15. A prevalência de sintomas depressivos nessa amostra, caracterizados por uma pontuação de 6 ou mais no GDS, foi de 18,1%, sendo 22,0% entre as mulheres e 12,7% entre os homens⁶⁸.

No Rio Grande do Sul, uma pesquisa com cerca de 7 mil idosos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes em áreas urbanas e rurais, investigou a prevalência de sintomas depressivos²⁵. Os participantes foram avaliados para a presença de sintomas depressivos utilizando-se uma versão reduzida da SPES. Idosos que pontuaram 2 ou mais nessa escala foram considerados portadores de sintomas depressivos. Assim, a prevalência de sintomas depressivos nesse estudo foi de 22,7%, sendo 25,0% entre as mulheres e 18,0% entre os homens²⁵.

Na cidade do Rio de Janeiro, Veras e Murphy⁷⁰ estudaram a prevalência de sintomas depressivos em 738 idosos, aleatoriamente selecionados de três bairros com padrões socioeconômicos distintos, em ordem decrescente: Copacabana, Meier e Santa Cruz. Os idosos tinham 60 anos ou mais, não eram institucionalizados e não

eram portadores de demência. O critério de sintomas depressivos utilizado foi uma pontuação de 7 ou mais no CARE. As prevalências de sintomas depressivos encontradas foram: 26,0% na amostra total; 22,6% em Copacabana; 19,7% no Meier; e 35,1% em Santa Cruz. As prevalências por gênero foram 30,0% entre as mulheres e 9,8% entre os homens de Copacabana; 22,3% entre as mulheres e 15,6% entre os homens no Meier; e 41,8% entre as mulheres e 25,0% entre os homens de Santa Cruz.

No estudo realizado em Santa Cruz, no Rio Grande do Norte, pesquisadores investigaram a prevalência de sintomas depressivos, caracterizados por uma pontuação de 6 ou mais no GDS-15, em 295 idosos com 60 anos ou mais, dentre os 310 elegíveis, residentes na zona urbana e independente do status cognitivo⁶⁷. Esses idosos eram cadastrados no Sistema de Informações da Atenção Básica e foram escolhidos de forma probabilística aleatória sistemática. Devido à heterogeneidade do município, os idosos foram sorteados de três bairros representantes do pior, do intermediário e do melhor estrato socioeconômico. A prevalência de sintomas depressivos encontrada foi de 25,5%. A prevalência no bairro menos afluente economicamente foi 32,0%, no intermediário 18,7%, e no mais afluente 23,1%. Não foram relatadas as prevalências por gênero⁶⁷.

2.2 DEPRESSÃO E FATORES DE RISCO

A seguir será apresentada uma revisão do conhecimento atual sobre os principais fatores de risco para depressão e sintomas depressivos descritos na literatura, bem como do papel da depressão e de sintomas depressivos na utilização de serviços de saúde.

2.2.1 DEPRESSÃO E GÊNERO

A associação entre depressão e gênero feminino em adultos jovens é bem estabelecida na literatura, e a proporção de duas mulheres afetadas para cada homem tem sido tradicionalmente descrita⁷³. Entre os idosos, estudos têm sugerido que, embora o predomínio de depressão entre as mulheres persista, a proporção de depressão entre os gêneros declinaria gradualmente com o avanço da idade, à medida que os homens fossem gradualmente mais expostos aos fatores de risco para depressão, incluindo fatores relacionados à saúde física, fatores sociais e fatores biológicos relacionados ao envelhecimento cerebral^{30,52}.

Estudos com idosos da comunidade têm encontrado prevalências de depressão, de acordo com os critérios da CID ou do DSM, entre 1,3 e 18,8% nas mulheres e entre 0,9 e 7,9% nos homens^{21,31-34,36}. Para sintomas depressivos, como os critérios diagnósticos são muito diversos, as prevalências têm variado amplamente e o relato

do intervalo entre elas não é informativo. De qualquer maneira, os estudos têm mostrado uma preponderância entre as mulheres idosas tanto de depressão, com proporções que variaram entre 1:1,4 e 1:2,5^{31,32,34}, quanto de sintomas depressivos, com proporções que variaram entre 1:1,3 e 1:2,5^{34,55,60,64,69}, independente de outros fatores de risco.

A maior prevalência de depressão entre as mulheres idosas tem encontrado na literatura as seguintes hipóteses para justificá-las: (a) maior prevalência dos fatores de risco, como menores níveis de renda e de escolaridade, maior comorbidade física, maior limitação funcional e viuvez; (b) maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão na presença desses fatores; (c) predisposição biológica relacionada a questões genéticas e hormonais; (d) papéis sociais mais conflituosos e menos reconhecidos na sociedade, que diminuiriam sua autoestima e habilidade para lidar com situações de estresse; e (e) questões metodológicas relacionadas a diferenças no relato de sintomas ou a uma maior procura por serviços de saúde^{47,62,71,74,75}.

Diversos estudos têm investigado especificamente a associação entre depressão e gênero nos idosos. Três estudos foram conduzidos em países europeus, Espanha⁷⁵, Itália⁶² e Holanda⁷⁴, com idosos da comunidade, e utilizaram como critério diagnóstico de sintomas depressivos uma pontuação de 16 ou mais na escala de depressão CES-D. A prevalência de depressão no estudo italiano foi de 58% nas mulheres e 34% nos homens, e a prevalência no estudo holandês foi de 18,3% nas mulheres e de 11,2% nos homens. O estudo espanhol não relatou a prevalência bruta total ou por gênero. Os três estudos encontraram uma maior prevalência de fatores de risco para depressão entre as mulheres, e todos encontraram associação entre sintomas depressivos e gênero feminino, com razão de chances, ajustada para outros

fatores de risco, de 2,5- na Espanha; 1,6- na Itália; e 1,3- na Holanda. No entanto, os estudos não confirmaram a hipótese de que as mulheres são mais vulneráveis aos fatores de risco, pois não houve diferenças significativas entre os gêneros na força e na direção das associações entre sintomas depressivos e fatores de risco^{74,75}. Também não houve diferença estatística em relação aos tipos de sintomas relatados por mulheres e homens, apenas diferenças em relação ao número total de sintomas relatados, responsáveis pela maior prevalência de depressão entre as mulheres⁷⁴.

Uma investigação também foi realizada na comunidade, como parte do projeto SABE, em sete cidades da América Latina (São Paulo, Buenos Aires, Bridgetown, Havana, Cidade do México, Montevidéu e Santiago), utilizando como critério diagnóstico para sintomas depressivos uma pontuação de 10 ou mais na escala de depressão geriátrica de 15 itens (GDS-15). A prevalência de depressão variou de 0,3 a 9,5% entre as mulheres e entre 0,4 e 5,2% entre os homens nas diferentes cidades. Na análise agrupada para os sete países, a prevalência de depressão entre as mulheres foi cerca de duas vezes maior do que entre os homens. Outros achados foram semelhantes aos encontrados nos estudos europeus, ou seja, que as mulheres latino-americanas também estão mais expostas aos fatores de risco para depressão, mas não são mais vulneráveis a eles⁴⁷.

Portanto, parece claro na literatura que existe uma associação independente entre gênero feminino e depressão em idosos em diferentes culturas, e independente do instrumento e do critério de depressão utilizado, mas a proporção entre mulheres e homens afetados varia de estudo para estudo. Dentre as hipóteses existentes para explicar esse predomínio, existem evidências que apontam para uma maior prevalência de fatores de risco para depressão entre as mulheres, tais como: menores

educação e renda; maior proporção de mulheres sem companheiro; mais doenças físicas; e maior limitação funcional, mas não para a hipótese de uma maior vulnerabilidade a esses fatores de risco. Como a predominância de depressão no sexo feminino inicia-se na vida adulta jovem e avança entre os idosos, alguns autores têm apontado que é improvável que essa preponderância esteja associada a diferenças de papéis sociais ou a fatores hormonais³⁰. Alguns estudos têm concluído que desvantagens socioeconômicas precoces das mulheres em relação aos homens, com origem em diferenças culturais na definição dos papéis sociais, têm uma importante contribuição para a diferença de gênero na prevalência de depressão e de sintomas depressivos observada entre os idosos^{47,62,74,75}.

2.2.2 DEPRESSÃO E IDADE

Diversos estudos têm apontado a inconsistência dos achados em relação à associação entre depressão e idade^{71,76,77}. Em geral, estudos conduzidos na população adulta têm apontado um declínio na prevalência de depressão a partir dos 65 anos quando comparada a faixas etárias mais jovens. No estudo conduzido com uma amostra nacional representativa na Austrália, que incluiu mais de 10 mil participantes com 18 anos ou mais e utilizou como instrumento diagnóstico a DIS, aplicando a ela os critérios da CID-10 e do DSM-IV, encontrou uma redução de 30% na prevalência de depressão maior em idosos de 65 anos ou mais comparados a faixas etárias mais jovens, mesmo após o ajuste para os demais fatores de risco

estudado³¹. Um estudo norte-americano com cerca de 10 mil participantes da comunidade com 50 anos ou mais, e que utilizou os critérios para depressão maior do DSM-III-R aplicados à DIS, também encontrou uma redução na prevalência de depressão com o aumento da idade³⁰. O estudo brasileiro de Andrade et al.⁴¹, realizado em São Paulo com adultos de 18 anos ou mais, utilizando para o diagnóstico de depressão os critérios da CID-10 aplicados à CIDI, encontrou uma diminuição na prevalência de depressão com o aumento da idade, particularmente a partir dos 65 anos⁴¹. Outro estudo australiano, com cerca de 3 mil participantes de 18 a 79 anos da comunidade, investigou a associação de sintomas depressivos e idade. Utilizaram a escala de 18 itens de depressão e ansiedade de Goldberg, e os 14 itens para depressão e ansiedade da *Delusion Symptoms Signs Inventory* (DSSI) mostraram que houve uma diminuição da prevalência de todos os sintomas depressivos na DSSI e apenas os sintomas despertar precoce e retardo psicomotor subjetivo da escala de Goldberg apresentaram aumento em idosos em relação aos mais jovens⁷⁸. As hipóteses que têm sido feitas para explicar a diminuição da prevalência de depressão e de sintomas depressivos com o aumento da idade são: (a) inadequação dos critérios e dos instrumentos diagnósticos utilizados nos estudos, que não levam em conta eventuais mudanças na apresentação do quadro depressivo nas diferentes faixas etárias; (b) menor duração dos episódios depressivos entre os idosos; (c) viés de seleção, com baixa representatividade de idosos nas amostras populacionais devido à mortalidade seletiva relacionada à depressão, ao aumento da prevalência de demência, a não resposta seletiva aos estudos ou à associação entre depressão e institucionalização; (d) efeito coorte, como, por exemplo, aumento da prevalência de depressão entre as pessoas que viveram a Segunda Guerra Mundial;

(e) diminuição na frequência e distribuição dos sintomas em nível populacional; neste caso os idosos não preencheriam os critérios de depressão da CID ou do DSM, mas uma parcela significativa teria quadros depressivos subsindrômicos; e (f) diminuição real na prevalência decorrente da atenuação das bases biológicas da depressão, com menor exposição a experiências adversas ou maior resistência a elas, numa espécie de imunização psicológica^{30,31,71,78,79}.

Por outro lado, estudos conduzidos especificamente com a população idosa têm encontrado resultados mais conflitantes. Em geral, os estudos têm mostrado, independente do instrumento e do critério diagnóstico de depressão, um aumento da prevalência de depressão^{21,38,40,48} e de sintomas depressivos^{46,50,51,59,60,64,66,69} com o aumento da faixa etária. Um estudo realizado com cerca de 1.300 idosos da comunidade, na China, de 65 anos ou mais, utilizando os critérios do DSM-III-R para depressão maior, encontrou uma associação direta entre depressão e idade³⁸. Uma associação direta entre sintomas depressivos e idade também foi encontrada num estudo conduzido nos EUA com cerca de 4 mil idosos da comunidade com 65 anos ou mais, utilizando como critério diagnóstico uma pontuação de 9 ou mais na CES-D⁶⁴. Entretanto, a maioria dos estudos tem mostrado que a associação direta entre depressão^{21,38} ou sintomas depressivos^{48,50,51,60,64,66,69,74} e idade desaparece após o ajuste para os demais fatores de risco, sugerindo que essa associação seja confundida por outras variáveis, como, por exemplo, comorbidades físicas^{60,64}. No entanto, em alguns estudos a associação entre sintomas depressivos e aumento da idade foi independente dos demais fatores de risco^{49,67}.

Contudo, há também os estudos que não mostraram associação entre idade e depressão^{32,34} ou sintomas depressivos^{39,57,63}, ou mesmo encontraram que o aumento

da idade foi um fator protetor^{25,35,62,68}. Por exemplo, Minicuci et al.⁶² encontraram que os idosos acima de 80 anos tinham uma prevalência de sintomas depressivos 20% menor do que as faixas etárias mais jovens. No estudo brasileiro de Blay et al.²⁵, embora na análise bivariada houvesse associação direta entre sintomas depressivos e aumento da idade, a direção dessa associação inverteu-se na análise multivariada.

Vários pesquisadores também têm investigado se o padrão de fatores de risco para a depressão é distinto nas diferentes faixas etárias entre os maiores de 65 anos. Essa questão surge porque os idosos de faixas etárias mais velhas representam uma população selecionada e muitos fatores contribuem para a longevidade, como, por exemplo, a hereditariedade³⁷. Além disso, eles estão mais expostos a fatores de risco, como comorbidades físicas, limitações funcionais, viuvez e isolamento social^{37,49}, mas, por outro lado, também poderiam ter desenvolvido estratégias de enfrentamento mais efetivas devido à maior experiência de vida, o que lhes permitiria lidar mais adequadamente com esses fatores de risco⁴⁹.

Estudos realizados na Alemanha, no Brasil, nos EUA, na Finlândia, na Holanda e em Hong Kong compararam fatores de risco para depressão maior^{37,40,44}, depressão menor^{37,44} e sintomas depressivos^{50,52} entre idosos com mais de 85 anos^{37,52}, mais de 80 anos^{44,49} e mais de 75 anos em relação a idosos mais jovens, a partir dos 65 anos. Esses estudos chegaram a resultados semelhantes e mostraram que os fatores associados à depressão maior, depressão menor e a sintomas depressivos em idosos acima dos 75 anos não variam muito em relação aos idosos mais jovens^{37,40,44,49,50,52}, mas os autores destacam o impacto dos déficits visual, auditivo e cognitivo como fatores de risco para depressão entre idosos mais velhos^{40,49,50,52}.

Em suma, não existem evidências definitivas sobre a associação entre depressão ou sintomas depressivos e idade avançada. Os estudos populacionais em adultos mostram consistentemente uma menor prevalência em idosos em relação a indivíduos mais jovens, mas apresentam uma série de limitações metodológicas (inadequação dos instrumentos diagnósticos e da amostragem, vieses de seleção, vieses clínicos) que poderiam explicar as diferenças encontradas. Para alguns autores, os achados desses estudos podem levar à concepção errônea de que a depressão é rara entre os idosos, podendo contribuir para o subdiagnóstico e para o subtratamento dessa condição^{77,79}.

Por outro lado, estudos conduzidos exclusivamente com idosos apontam para diversas direções, com um predomínio de estudos que mostraram uma associação entre depressão ou sintomas depressivos e aumento da idade, mas que pode ser mais bem explicada pela associação com outros fatores de risco, como, por exemplo, comorbidades físicas. Além disso, idosos acima dos 75 anos apresentam fatores de risco para depressão semelhantes aos encontrados em idosos mais jovens, embora o impacto das limitações funcionais seja maior entre os mais velhos.

2.2.3 DEPRESSÃO E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixos níveis educacionais e de renda e baixo status ocupacional ou desemprego, têm sido implicadas como fatores de risco para depressão em todas as fases da vida^{30,31,71,76,80}. Existiria uma

associação inversa, tipo dose-resposta; nesse caso o risco de depressão em pessoas de baixos estratos socioeconômicos seria cerca de duas vezes maior do que o de pessoas de níveis socioeconômicos melhores⁸⁰.

Numa interessante revisão feita por Alvarado et al.⁴⁷, os autores descrevem como condições socioeconômicas desfavoráveis na infância têm efeito cumulativo, as quais terão consequências ao longo da vida em relação ao risco de depressão. Em resumo, indivíduos expostos precocemente a condições socioeconômicas adversas adquirem níveis mais baixos de educação e de renda, maiores níveis de desemprego e piores condições de vida e de trabalho. Assim, acumulam desvantagens que os tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e de problemas de saúde mental, como a depressão.

Estudos conduzidos com idosos da comunidade têm utilizado como indicadores de status socioeconômico escolaridade, renda, status ocupacional, ou uma combinação deles. No entanto, a maioria dos estudos tem utilizado apenas escolaridade como indicador socioeconômico^{21,30,34,38,50,52,55,62,64}. Isso talvez se deva ao fato desses indicadores estarem intimamente relacionados, dispensando a utilização de mais de um deles, e ao fato de que escolaridade é mais simples de aferir e menos sujeita a viés de informação.

Nesse contexto, os autores têm encontrado uma associação inversa, tipo dose-resposta, entre depressão maior^{30,34,38} e ou depressão menor³⁴ e escolaridade. Assim, Chen et al.³⁴ encontraram que idosos analfabetos tinham uma prevalência de depressão maior, cerca de três vezes aquela observada em idosos com sete anos ou mais de escolaridade. Já a prevalência de depressão menor foi cerca de seis vezes maior no grupo sem escolaridade comparado ao de maior escolaridade (sete anos ou

mais). As associações para depressão maior e menor com escolaridade foram independentes de outros fatores de risco nesse estudo, mas não em outros^{30,38}. Por outro lado, alguns autores não têm encontrado associação entre depressão maior ou depressão menor e escolaridade²¹.

Poucos estudos, que utilizaram os critérios de depressão maior do DSM, usaram renda e ocupação como indicadores socioeconômicos^{25,30}. Num deles, sujeitos no estrato inferior de renda tinham uma prevalência de depressão maior, três vezes aquela encontrada no estrato superior³⁰. Nesse mesmo estudo, indivíduos desempregados tinham aproximadamente o dobro da prevalência de depressão maior que os indivíduos empregados. No entanto, os autores não investigaram se essas associações eram independentes de outros fatores de risco.

O estudo de Gureje et al.²⁹, conduzido na Nigéria, encontrou nível mais alto de renda como fator de risco para depressão maior. De acordo com essa pesquisa, que não obteve estimativas ajustadas, idosos nos estratos inferiores de renda tinham prevalência de depressão maior no último ano, cerca de 50% menor do que os sujeitos de estratos superiores de renda. Segundo os autores, idosos mais pobres relatariam menos sintomas, manteriam uma rede de suporte social mais adequada e seriam mais religiosos. Por outro lado, os indivíduos de maior renda viveriam mais frequentemente em áreas urbanas e fatores ligados à urbanicidade poderiam aumentar o risco de depressão²⁹.

A maioria dos estudos de prevalência de sintomas depressivos, independente do instrumento utilizado para o diagnóstico, encontrou associação com escolaridade^{25,46,49,50,63,64}. Contudo, em quase todos foi mostrado que essa associação não é independente de outros fatores de risco^{25,49,50,63,64}, mas em alguns uma

associação independente foi encontrada^{60,62,67}. Por exemplo, no estudo de Minicuci et al.⁶², idosos com cinco anos ou mais de escolaridade apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos de acordo com o CES-D, cerca de 30% menor do que os idosos com escolaridade inferior a cinco anos de estudo. Outros estudos não mostraram associação entre sintomas depressivos e escolaridade^{52,55,66}.

Alguns autores investigaram o papel de indicadores socioeconômicos em subpopulações de idosos. Assim, um estudo brasileiro comparou idosos do estrato superior de renda com idosos do estrato inferior (tercil inferior de renda)⁶⁹. Entre idosos do estrato superior de renda, houve associação inversa entre sintomas depressivos e nível educacional, que não se manteve na análise multivariada. No entanto, no estrato inferior, não houve qualquer associação entre sintomas depressivos e escolaridade. Outro estudo comparou a população urbana e rural de uma região da China e encontrou associação entre sintomas depressivos e baixa escolaridade, que se manteve significativa na análise multivariada para a população urbana, mas não para a população rural⁴⁸.

Destaca-se que os estudos que foram conduzidos com populações rurais^{48,66,69} não encontraram associação entre sintomas depressivos e baixa escolaridade, sugerindo que o nível educacional não é um fator de risco para sintomas depressivos em comunidades rurais. Isso se deve, possivelmente, a uma distribuição mais equitativa de fatores socioeconômicos nessas áreas.

Em relação à associação entre sintomas depressivos e renda, alguns autores têm encontrado uma associação inversa, independente do instrumento utilizado para o diagnóstico de sintomas depressivos e da forma de avaliar renda^{25,46,49,63,66}. Por exemplo, num estudo brasileiro²⁵, idosos com nível inferior de renda tinham uma

prevalência de sintomas depressivos cerca de 50% maior do que aqueles com nível superior de renda, independente de outros fatores de risco. Entretanto, outros autores não encontraram uma associação independente entre sintomas depressivos e renda⁶⁶, ou não a investigaram em análises multivariadas^{46,63}.

Um único estudo investigou e encontrou associação independente entre sintomas depressivos e ocupação: entre os idosos desempregados, a prevalência de depressão era cerca de 40% maior do que entre os idosos com emprego²⁵.

Por fim, alguns estudos têm mostrado que áreas com piores condições socioeconômicas (menor suporte médico e social, menor cobertura de saneamento básico e índices mais altos de desemprego e morbimortalidade) apresentam maiores prevalências de depressão, sugerindo uma associação ecológica entre baixo status socioeconômico e depressão^{56,67,70}. No estudo de Veras e Murphy⁷⁰, a prevalência de depressão no bairro menos afluyente economicamente foi cerca de 50 a 80% maior do que a prevalência de sintomas depressivos em bairros com melhores condições socioeconômicas.

Portanto, em relação à associação entre depressão ou sintomas depressivos e status socioeconômico, os achados parecem ser mais consistentes em relação à associação inversa com escolaridade. Para renda e ocupação, como têm sido menos utilizados como indicadores socioeconômicos, as conclusões são menos firmes, mas também apontam no sentido de uma associação inversa com renda e uma associação com desemprego. Na maioria dos estudos, porém, não houve associação independente entre depressão ou sintomas depressivos e status socioeconômico, sugerindo que essa associação seja confundida por outros fatores de risco. Nesse sentido, alguns autores têm postulado que piores condições de saúde física e

limitações funcionais são uma medida sumária de todos os componentes de desvantagem social, e mediarão a associação entre depressão ou sintomas depressivos e baixo status socioeconômico em idosos^{10,60}.

2.2.4 DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL

Diversos estudos têm destacado a importância do suporte social adequado como fator protetor para depressão e sintomas depressivos em idosos. De acordo com Ramos e Wilmoth⁸¹ existem duas teorias não excludentes que procuram explicar a associação entre sintomas depressivos e suporte social. A primeira é a teoria da integração social, segundo a qual laços interpessoais (arranjo familiar, número de pessoas da rede social, casamento) facilitariam a integração social e favoreceriam a participação na vida social e a troca de suporte. Assim, indivíduos socialmente integrados apresentariam um maior acesso a recursos para lidar com problemas e criariam uma rede de relações suportivas fora da família, minimizando o impacto de perdas, dos problemas de saúde e de problemas financeiros. Portanto, essas pessoas teriam menos sintomas depressivos.

A segunda teoria é a da equidade das trocas sociais, relacionada ao balanço entre o suporte que o idoso recebe e o suporte que oferece. Esse suporte pode ser emocional (dar ou receber conselhos), financeiro (dar ou receber auxílio financeiro), e instrumental (dar ou receber ajuda para alimentar-se e vestir-se). De acordo com essa teoria, o desbalanço entre o suporte dado e o suporte recebido está associado a

sintomas depressivos. À luz dessas teorias, as autoras realizaram um estudo no Brasil com uma amostra representativa de 817 idosos de 60 anos ou mais do Rio Grande do Sul. Utilizaram uma escala de sintomas depressivos desenvolvida por profissionais ligados a universidades gaúchas e que mostrou propriedades psicométricas semelhantes à CES-D⁸¹. Encontraram suporte para ambas as teorias. Assim, idosos com relações mais balanceadas, ou seja, com um nível de suporte social oferecido similar ao nível do suporte recebido, apresentavam menos sintomas depressivos do que idosos com relações desbalanceadas. Além disso, idosos socialmente integrados (no caso, idosos que não viviam com filhos, casados e satisfeitos com as relações sociais) também apresentavam menos sintomas depressivos.

Os estudos têm utilizado medidas objetivas e subjetivas de suporte social. Entre os parâmetros objetivos estão a situação conjugal, viver sozinho, tamanho da rede de relacionamentos e frequência de contato com parentes, vizinhos e amigos; enquanto as medidas subjetivas relacionam-se, sobretudo, ao grau de satisfação do indivíduo com o suporte social que recebe.

Beekman et al.³³ investigaram a associação entre depressão maior, de acordo com o DMS-III, sintomas depressivos, de acordo com o CES-D, e medidas de suporte social em indivíduos de 55 a 85 anos na Holanda. Encontraram associação entre depressão maior e não ter um companheiro, mas não com o tamanho da rede de apoio e nem com medidas subjetivas de suporte social. Por outro lado, encontraram associação entre sintomas depressivos e não ter companheiro, com número de relacionamentos interpessoais abaixo do percentil 50 e com medidas subjetivas de suporte social.

Dentre os estudos que estimaram a prevalência-ano de depressão maior, Mojtabai e Olfson³⁰ encontraram associação entre depressão maior e não ter um companheiro, mas o estudo de Gureje et al.²⁹ não encontrou tal associação. Esses estudos não investigaram o papel de outras medidas de suporte social.

Prince et al.⁷² estudaram o papel do suporte social como fator de risco para sintomas depressivos, de acordo com a SHORT-CARE, em 654 idosos ingleses de 65 anos ou mais. Os autores utilizaram seis parâmetros de suporte social: viver sozinho, frequência de contato com parentes, suporte recebido de vizinhos, suporte recebido de amigos, satisfação com o suporte recebido de amigos e problemas de relacionamento com os filhos. Encontraram uma associação entre as medidas de suporte social, exceto frequência de contato com parentes, e sintomas depressivos. Entretanto, essas associações foram bastante modestas, mas quando foi gerado um escore do número de déficits (zero a seis) no suporte social, esse escore mostrou uma forte associação linear estatisticamente significativa com sintomas depressivos, sugerindo um efeito cumulativo dos déficits de suporte social⁷².

Chiu et al.⁴⁸ encontraram associação de sintomas depressivos, avaliados por meio do GDS, com viver sozinho e com não ter um companheiro entre os idosos taiwaneses maiores de 64 anos. No entanto, de acordo com a área de residência, viver sozinho foi fator de risco para sintomas depressivos entre idosos residentes na área urbana, mas não na área rural. Os autores postularam que idosos que viviam sozinhos em áreas rurais seriam, por questões culturais, mais socialmente integrados do que idosos de áreas urbanas, e, portanto, teriam menos sintomas depressivos. Por outro lado, os autores encontraram que não ter um companheiro esteve associado a sintomas depressivos entre idosos da área rural, mas não da área urbana. Os autores

propuseram como explicação o fato de que idosos residentes na área rural sem companheiros apresentariam mais sintomas depressivos porque teriam mais dificuldades econômicas do que os idosos sem companheiros de áreas urbanas.

No estudo de Weyerer et al.⁵⁰, com idosos alemães de 75 anos ou mais, houve associação modesta de sintomas depressivos, avaliados pelo GDS, com ser divorciado e com viver sozinho, mas que desapareceram após controle para os demais fatores de risco.

Nos estudos brasileiros, Blay et al.²⁵ encontraram associação entre sintomas depressivos, avaliados por meio do SPES, e não ter um companheiro, mas não entre sintomas depressivos e viver sozinho. Carvalhais et al.⁶⁹ encontraram associação entre insatisfação com as relações pessoais e sintomas depressivos, medidos pelo GHQ, mas não investigaram outras medidas de suporte social.

Assim, entre as medidas de suporte social mais comumente incluídas em estudos com idosos da comunidade estão: estado conjugal^{21,25,29,30,33,48,50,63,64,72}, viver sozinho^{25,46,48,50,72} e medidas de satisfação com o suporte social^{63,64,69,72}. Os estudos têm mostrado associações brutas consistentes entre quadros depressivos e ausência de um companheiro^{21,25,29,33,48,50,63,64}, viver sozinho^{46,48,50,72} e insatisfação com o suporte social recebido^{63,64,69,72}; mas apenas não ter um companheiro^{25,48,64} e insatisfação com o suporte social recebido^{64,69} mostraram associações com quadros depressivos independentes de outros fatores de risco.

2.2.5 DEPRESSÃO E DOENÇAS FÍSICAS

Com o envelhecimento, há um aumento na prevalência de doenças crônicas, e a comorbidade entre elas é a regra³. Diversos estudos têm mostrado uma associação independente entre quadros depressivos e doenças físicas^{21,38,48,51,55}, particularmente em idosos acima de 75 anos^{37,40,49,50,52}. Em menor número, há os estudos que não encontraram essa associação. Nestes casos, no entanto, uma associação entre quadros depressivos e pior autopercepção de saúde foi mostrada^{64,66}. Por conta disso, alguns autores sugerem que a percepção subjetiva do estado de saúde, mais do que a presença de determinados tipos de doença⁶⁴, poderia estar mais fortemente associada à depressão.

Os estudos têm avaliado a presença de doenças físicas principalmente por meio de autorrelato, e o tipo de doenças incluídas tem variado entre as diferentes pesquisas. Alguns estudos têm investigado a associação entre doenças específicas e depressão, mas a maior parte deles tem gerado um escore de doenças físicas, sendo que, enquanto uns utilizam este escore como variável contínua^{25,69}, outros têm gerado uma variável categórica, geralmente utilizando como ponto de corte a média de morbidades físicas apresentadas pelos participantes^{21,38,48,51,55}.

Os estudos têm investigado o papel de diversas doenças físicas como fator de risco para quadros depressivos, e particular interesse tem sido dispensado às doenças cardiovasculares, em virtude das associações bidirecionais encontradas entre quadros depressivos e doenças cardíacas e cerebrovasculares⁸². Entretanto, as pesquisas têm mostrado que a presença de comorbidades entre doenças crônicas, independente do

tipo de doença, está associada à depressão e a sintomas depressivos em idosos^{4,25,38,51,52,69}. Reforçam essa ideia os estudos que encontraram associação direta, independente e linear, tipo dose-resposta, entre número de comorbidades físicas e prevalência de quadros depressivos^{25,69}.

Os mecanismos propostos para explicar a associação entre doenças físicas e depressão incluem: (1) compartilhamento de processos biológicos comuns; (2) depressão como reação emocional à doença física; (3) depressão ligada às limitações funcionais impostas pela doença física; e (4) por outro lado, a depressão poderia levar à doença física por diminuir a atividade do sistema imunológico ou por reduzir as atividades voltadas para a prevenção de problemas de saúde, como autocuidado e procura por cuidado médico^{4,21,30}.

Nesse contexto, um estudo realizado na Coreia investigou a associação entre comorbidades físicas e sintomas depressivos em uma amostra nacional representativa de cerca de 2.000 idosos da comunidade de 60 anos ou mais. Os sintomas depressivos foram avaliados por meio do escore total da CES-D e as informações sobre as seguintes doenças físicas foram obtidas por meio de autorrelato: diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, acidente vascular cerebral, câncer, doenças respiratórias, fratura, artrite, lombalgia, doenças gastrintestinais, hepáticas, catarata e demência⁴. Os resultados mostraram que o número de comorbidades, mais do que cada doença isoladamente, esteve estatisticamente associado ao nível de sintomatologia.

Prince et al.¹⁰ investigaram, num estudo sobre incapacidade e depressão, a relação entre morbidade física e sintomas depressivos em 890 idosos da comunidade de 65 anos ou mais na Inglaterra. Foi utilizada a escala SHORT-CARE como critério

de sintomas depressivos. Os participantes foram perguntados sobre a presença de morbidades físicas: tosse, problemas de pele, convulsões, problemas respiratórios, problemas visuais e auditivos, intestinais, problemas nos membros, problemas cardíacos e artrite. Todas as condições, exceto hipertensão e problemas auditivos, estiveram estatisticamente associadas a sintomas depressivos, com razões de chances que variaram entre dois e quatro.

Portanto, a associação entre quadros depressivos e doenças físicas parece bem estabelecida na literatura e tem se mostrado independente de outros fatores de risco^{4,21,38,48,51,55}. Os autores também têm destacado a importância das comorbidades físicas nesta associação e relativizado o papel de doenças físicas específicas. O mecanismo subjacente a essa associação permanece desconhecido e muitos autores têm indicado a relevância das limitações funcionais que acompanham as doenças como mediadores dessa associação^{21,30}. No sentido inverso, têm-se postulado que sintomas depressivos afetariam os comportamentos relacionados à saúde e favorecido a instalação de doenças físicas²¹.

2.2.6 DEPRESSÃO E INCAPACIDADE

Diversos estudos têm apontado a forte associação entre depressão e incapacidade, e têm destacado a natureza mutuamente reforçadora dessa relação, com impacto significativo em desfechos negativos, como institucionalização e morte⁸. Muitos desses estudos são de corte transversal e seus resultados têm sido

criticados por conta da impossibilidade da determinação da direção da associação, ou seja: depressão levaria à incapacidade ou pessoas incapacitadas têm um risco maior para depressão⁸? Entretanto, alguns autores têm sugerido que essa associação é bidirecional e que a tentativa de estabelecer uma única sequência dos eventos não tem valor prático, pois a associação seria circular. Neste sentido, ao se minimizar o efeito de qualquer uma dessas condições, exerce-se um efeito benéfico direto sobre a outra¹⁰. Estudos longitudinais também têm corroborado essa hipótese⁸.

As vias que têm sido propostas para explicar a associação entre incapacidade e depressão seriam: (1) incapacidade como um estágio prodromico da depressão, representando as alterações emocionais, cognitivas e físicas que culminariam com a instalação da depressão; e (2) incapacidade como um estressor crônico ou como um evento de vida negativo. Por outro lado, a depressão levaria à incapacidade por meio: (1) do efeito debilitante direto de sintomas como fadiga e alterações de sono e apetite; e (2) do efeito indireto de sintomas depressivos, como, por exemplo, anedonia e desesperança afetando comportamentos de saúde (realização de exames preventivos, aderência a medicações) e levando a piores desfechos de saúde, incluindo incapacidade^{8,10}.

No entanto, explicações alternativas para a associação entre depressão e incapacidade têm sido levantadas. Assim, alguns autores têm discutido a possibilidade de que a associação entre depressão e incapacidade decorra de problemas metodológicos, como viés de seleção, confusão por outros fatores de risco e erros na avaliação de depressão e de incapacidade. Por exemplo, vários instrumentos de avaliação de depressão incluem sintomas físicos como possíveis sintomas depressivos, e muitos não têm a preocupação de tentar distinguir se esses

sintomas decorrem de fato da depressão ou, ao contrário, são consequência de alguma morbidade física. Neste caso, a associação entre depressão e incapacidade estaria superestimada^{8,10}. Além disso, sintomas depressivos podem afetar não somente a funcionalidade do sujeito como também sua autoavaliação de incapacidade, que tende a ser sobrevalorizada, levando à superestimação da associação. Nesse sentido, avaliações objetivas de incapacidade por meio de um informante ou por observação direta poderiam aumentar a confiabilidade da avaliação funcional, mas as vantagens dessa abordagem ainda não estão bem estabelecidas^{8,83}.

Os estudos têm mostrado que incapacidade, independente da definição e da forma como é avaliada, é o fator de risco mais consistente para depressão em idosos^{10,21,25,48}. Assim, num estudo conduzido no Canadá com idosos de 65 anos ou mais da comunidade, foi perguntado aos participantes o quanto seus problemas de saúde limitam suas atividades: nada, pouco ou muito. Os autores encontraram associação direta linear, tipo dose-resposta, entre grau de limitação decorrente de problemas de saúde e ambos os tipos de depressão estudados: depressão maior e depressão menor, de acordo com os critérios do DSM-IV²¹. Essa associação foi mantida mesmo após ajuste para os demais fatores de risco, sendo que os idosos que relataram grande limitação em decorrência de problemas de saúde tinham uma prevalência de depressão maior ou menor pelo menos cinco vezes a prevalência de depressão encontrada nos controles²¹.

Já o estudo de Chiu et al.⁴⁸ avaliou a associação entre sintomas depressivos, definidos como um escore de 8 ou mais no GDS-15, e limitações funcionais em cerca de 1.000 idosos de 65 anos ou mais da comunidade em Taiwan. Os idosos foram

perguntados sobre a necessidade de ajuda (nenhuma, alguma, não consegue fazer) em atividades práticas de vida diária (APVD), as quais se referem, sobretudo, às atividades de autocuidado e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) que, por sua vez, referem-se às atividades para vida na comunidade, como preparar comida, manejar dinheiro e fazer compras. Os resultados mostraram que limitações em quaisquer itens de APVD e AIVD estiveram associadas a uma maior prevalência de sintomas depressivos, mesmo após controle para os demais fatores de risco. Na análise ajustada, idosos com comprometimento de APVD ou de AIVD apresentaram uma prevalência de sintomas depressivos cerca de três vezes maior do que a prevalência entre os idosos sem limitações funcionais.

Nos estudos brasileiros, Blay et al.²⁵ investigaram a associação entre limitações funcionais nas AVDs autorreferidas e sintomas depressivos, de acordo com o SPES, em idosos de 60 anos ou mais da comunidade. Encontraram que a prevalência de limitações funcionais foi significativamente maior do ponto de vista estatístico entre os idosos com sintomas depressivos e que essa prevalência aumentou com o aumento do número de atividades afetadas. Controlando para os demais fatores de risco, a presença de limitações funcionais permaneceu associada a uma maior prevalência de sintomas depressivos. No estudo de Carvalhais et al.⁶⁹, houve associação entre limitação funcional autorreferida nas AVDs e sintomas depressivos definidos por uma pontuação de 5 ou mais no GHQ, independente da renda. No entanto, ajustando para os demais fatores de risco, essa associação permaneceu estatisticamente significativa somente no grupo com nível inferior de renda, sendo que a prevalência de depressão foi cerca de duas vezes maior entre os idosos com limitações funcionais do que entre aqueles sem limitações.

Prince et al.¹⁰ investigaram a relação entre prejuízo, incapacidade e desvantagem e sintomas depressivos em idosos da comunidade de 65 anos ou mais na Inglaterra. Encontraram um aumento gradual na associação entre sintomas depressivos e prejuízo, incapacidade e desvantagem, que individualmente estiveram associadas à idade avançada, suporte social limitado, baixa renda e ausência de um companheiro. Os autores demonstraram uma relação hierárquica crescente entre prejuízo, incapacidade e desvantagem, e sugerem que prejuízo e incapacidade estão associados com depressão porque estão associados com desvantagem. Além disso, as associações entre sintomas depressivos e fatores sociodemográficos e suporte social desapareceram após o ajuste para desvantagem. Os autores postulam que desvantagem seria uma medida sumária de todos os componentes de desvantagem social (idade avançada, pobreza, isolamento social), os quais poderiam mediar a associação entre piores condições de saúde e depressão.

O fato de haver associação entre depressão e incapacidade independente dos critérios e da forma de avaliação da exposição poderia ser visto como uma evidência robusta e generalizável dessa associação⁸.

2.2.7 DEPRESSÃO E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os idosos têm sido tradicionalmente descritos como grandes utilizadores de serviços e de recursos de saúde, particularmente os de alta complexidade em

decorrência dos problemas de saúde e das limitações funcionais que acompanham o envelhecimento⁸⁴.

Os transtornos mentais também têm sido implicados como fatores de risco para a utilização de serviços de saúde em idosos, sendo a depressão particularmente importante^{12,15,85-89}.

No estudo realizado em São Paulo, com os dados da investigação conduzida por Andrade et al.⁴¹, descrito anteriormente, a presença de transtorno mental aumentou em duas vezes a chance de utilização de serviços gerais de saúde. Na análise multivariada, ajustando para características sociodemográficas, nível de suporte social e presença de alguma condição médica geral, ser idoso esteve associado com a maior utilização de serviços gerais de saúde⁹⁰.

Um estudo realizado na Itália, com uma amostra nacional representativa de 1.854 sujeitos acima de 14 anos, investigou a associação entre depressão e uso de serviços de saúde, comparando sujeitos de até 59 anos com aqueles de 60 anos ou mais (606 sujeitos)⁹¹. O diagnóstico de depressão foi realizado em duas fases. Na primeira, todos os participantes foram rastreados para depressão com o GHQ-12. Na segunda fase, todos os sujeitos que tiveram uma pontuação de 5 ou mais no GHQ-12 foram entrevistados pelos médicos da atenção primária utilizando o “*checklist*” para depressão da CID-10. O resultado do “*checklist*” foi submetido a um algoritmo computadorizado para a obtenção do diagnóstico de episódio depressivo, de acordo com os critérios da CID-10. Os sujeitos também foram classificados em relação ao número de consultas com o médico da atenção primária nos últimos seis meses. Aqueles que haviam se consultado pelo menos uma vez por mês foram considerados utilizadores frequentes de serviços de saúde (*frequent attenders*). Os idosos tiveram

uma prevalência de utilização frequente de serviços de saúde duas vezes e meia maior do que os menores de 60 anos. Depressão, doença física moderada a grave e sintomas físicos inexplicados foram fatores de risco para utilização frequente de serviços de saúde em todas as idades, aumentando a chance de maior utilização de serviços de duas a três vezes.

Koopmans et al.⁸⁵ realizaram uma revisão sistemática dos estudos que investigaram a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) e uso de serviços de saúde em adultos. Definiram como transtornos mentais comuns aqueles identificados por meio de qualquer critério diagnóstico, excetuando-se quadros orgânicos, psicóticos e dependência de substâncias. Nos estudos conduzidos com idosos com quadros depressivos, encontraram evidências mais consistentes para a associação entre depressão e internação hospitalar, enquanto que as associações com uso de serviços de saúde ambulatoriais foram, em geral, negativas. Os autores apontaram que idosos já utilizam mais serviços gerais de saúde e, portanto, o impacto dos TMC na utilização é pequeno. Além disso, idosos adiarão mais do que os adultos mais jovens a procura por serviços para problemas de saúde mental mais leves.

Estudos conduzidos exclusivamente na população idosa têm mostrado que tanto depressão, de acordo com a CID ou o DSM, quanto sintomas depressivos que não preenchem os critérios desses sistemas de classificação estão associados a uma maior utilização de serviços de saúde^{26,64}.

Um estudo foi realizado nos EUA²⁶ com uma amostra nacional representativa com idosos de 65 anos ou mais beneficiários do seguro saúde governamental (Medicare). No total, 1,2 milhões de idosos de 65 anos ou mais foram avaliados por

meio de informações de seus registros em relação ao diagnóstico de depressão, de acordo com a CID-9, e ao uso de serviços de emergência, à hospitalização e à hospitalização prevenível. O conceito de hospitalização prevenível refere-se à hospitalização decorrente de problemas crônicos (asma, hipertensão, diabetes e insuficiência cardíaca congestiva), que normalmente não necessitariam de internação se fossem adequadamente controlados na atenção primária. Os autores constataram que idosos com depressão tinham, em um ano, uma chance duas vezes e meia maior de ter tido uma consulta de emergência, três vezes maior de terem sido internados e de duas a três vezes maior de terem tido uma internação prevenível.

Um estudo com os sujeitos do SHARE, realizado em dez países europeus e que foi descrito anteriormente, investigou a associação entre sintomas depressivos, avaliados por meio da escala EURO-D, e uso de serviços de saúde. Dentre os serviços de saúde, foram incluídos, além dos serviços ambulatoriais (atenção primária e secundária) e hospitalares (internação), serviços preventivos (vacina para a gripe, colonoscopia e mamografia)²⁴. Encontraram uma associação independente entre sintomas depressivos e utilização de todos os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, mas dentre os preventivos, apenas a realização de colonoscopia esteve associada a sintomas depressivos. Os resultados foram similares nos diferentes países. Portanto, nesse estudo, o maior uso de serviços de saúde por sujeitos com sintomas depressivos ocorreu sem um aumento da utilização de serviços preventivos²⁴.

Numa pesquisa realizada com dados do estudo LASA¹², descrito anteriormente, os autores investigaram a influência da depressão maior e de sintomas depressivos na utilização de serviços de saúde. Nas análises bivariadas, sujeitos com

depressão maior e com sintomas depressivos utilizaram mais os serviços de saúde (consultas médicas e internação hospitalar, por exemplo) do que os controles. No entanto, na análise multivariada, controlando para características sociodemográficas, nível de suporte social e número de comorbidades, nível de incapacidade e prejuízo cognitivo, apenas a necessidade de cuidados domiciliares de enfermagem e uso de medicações permaneceram independentemente associados à depressão maior e a sintomas depressivos.

No estudo de Hybels et al.⁶⁴, 64% dos idosos com sintomas depressivos, definidos por uma pontuação de 16 ou mais na escala CES-D, tiveram mais de quatro consultas médicas no último ano contra 39% dos idosos sem sintomas depressivos.

Nos estudos brasileiros conduzidos exclusivamente com a população idosa, Blay et al.²⁵ encontraram na análise univariada associação inversa entre sintomas depressivos e utilização de serviços de saúde ambulatoriais nos últimos seis meses, e associação direta, tipo dose-resposta, entre sintomas depressivos e número de internações hospitalares no último ano. Na análise multivariada, apenas a associação entre sintomas depressivos e número de internações hospitalares manteve-se independente de outros fatores de risco. O estudo de Carvalhais et al.⁶⁹ chegou a resultados similares: houve associação direta, tipo dose-resposta, entre sintomas depressivos e número de consultas médicas e número de internações hospitalares no último ano, independente da situação econômica. No entanto, controlando para os demais fatores de risco, apenas a associação entre sintomas depressivos e número de internações hospitalares no grupo de idosos de renda mais baixa manteve-se independente de outros fatores de risco.

Em relação ao uso de antidepressivos, os estudos têm mostrado uma prevalência de uso dessas medicações entre 3 e 34% em idosos com sintomas depressivos e entre 19 e 35,7% entre os idosos com depressão maior^{12,30,32}.

Portanto, os resultados dos estudos descritos anteriormente apontam para uma grande utilização de serviços gerais de saúde por idosos com depressão ou com sintomas depressivos^{12,24,26,28} quando comparados com idosos sem quadros depressivos, e mesmo com adultos mais jovens com depressão^{90,91}. Alguns autores têm sugerido que os sintomas depressivos amplificariam o incômodo causado pelos sintomas físicos e levariam a uma percepção negativa da saúde levando a um aumento da utilização de serviços de saúde. Além disso, idosos com depressão seriam menos aderentes à prescrição médica, levando à piora dos sintomas físicos o que também contribuiria para uma maior utilização de serviços de saúde²⁶.

Contudo, quando ajustado para características sociodemográficas, nível de suporte social e, sobretudo, para necessidades de cuidado, principalmente comorbidades físicas e incapacidade, depressão ou sintomas depressivos permanecem independentemente associados apenas à utilização de serviços hospitalares, como internação^{25,26,69}. Por outro lado, os estudos têm mostrado consistentemente uma baixa prevalência de uso de antidepressivos entre idosos com depressão, sugerindo que as taxas de reconhecimento desses quadros nos serviços de saúde não especializados também sejam baixas^{12,32,64,86,89}.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo de corte transversal de base populacional inserido no estudo epidemiológico denominado *São Paulo Ageing & Health Study* (SPAH). O SPAH é uma coorte de idosos com 65 anos ou mais, moradores de áreas de baixa renda de São Paulo, cujos objetivos gerais em relação à depressão foram: (1) estimar a prevalência de depressão, procurando identificar associações de corte transversal com fatores que podem estar relacionados com o início e a persistência da depressão; (2) avaliar o impacto da depressão na incapacitação física de idosos; e (3) avaliar o impacto da depressão na organização do cuidado e do suporte familiar, comunitário e dos serviços de saúde para pessoas idosas, bem como as consequências práticas, psicológicas e econômicas da provisão de cuidado para um membro da família com depressão⁹².

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A primeira avaliação do SPAH foi realizada de abril de 2003 a maio de 2005 nos distritos do Rio Pequeno e Raposo Tavares, que pertencem à subprefeitura do

Butantã, na cidade de São Paulo. As áreas de captação do estudo foram 66 setores censitários do IBGE. Foram escolhidas áreas de baixo índice de desenvolvimento humano e, dentre elas, a seleção priorizou as que continham favelas ou que fossem cobertas pelo Programa de Saúde da Família. Em 2000, essas áreas continham 63.122 habitantes e representavam 16,7% da população total da subprefeitura do Butantã⁹².

3.3 AMOSTRA

Foram elegíveis para o presente estudo todos os idosos de 65 anos ou mais incluídos no SPAH, e que foram avaliados em relação à depressão.

Na fase de inclusão do SPAH foram identificados 2.266 sujeitos com 65 anos ou mais, residentes nas áreas de captação. Destes, 2.072 (91,4%) consentiram em participar e foram entrevistados pelo SPAH.

3.4 AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

No presente estudo foram utilizadas três categorias diagnósticas para depressão: depressão de acordo com os critérios da CID-10¹⁶, sintomas depressivos, de acordo com o *Geriatric Mental State* (GMS)^{93,94}, e síndromes depressivas, que

incluiu os sujeitos que foram identificados como “casos”, em pelo menos uma das duas categorias diagnósticas anteriores.

3.4.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

➤ GMS

O *Geriatric Mental Status* (GMS) é uma entrevista estruturada de avaliação diagnóstica do estado mental geriátrico⁹⁵ amplamente utilizada em países desenvolvidos. Em estudo conduzido em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, o GMS também se mostrou um instrumento válido para a avaliação de sintomas depressivos clinicamente significativos na população idosa desses países, com uma sensibilidade de 70 a 90% nos diferentes centros⁹⁴.

No presente estudo, foi utilizada a versão reduzida A3, desenvolvida para uso em estudos na comunidade. O GMS é composto por várias seções com questões estruturadas que investigam os diversos sintomas dos transtornos mentais. Todas as questões são precedidas por instruções que definem claramente quais os critérios que devem ser aplicados para que o item seja pontuado como presente. Em geral, os sintomas são considerados presentes pelo entrevistador quando são persistentes, causam incômodo significativo, assim definido pelo indivíduo, e têm duração mínima de duas semanas dentro do último mês, período de tempo a que se refere a entrevista. Em alguns itens, como, por exemplo, memória, concentração e

perseguição, os entrevistadores também julgam se há a presença de determinados sinais de transtornos mentais, como, por exemplo, déficit de memória, problemas de concentração ou se o participante parece excessivamente desconfiado durante a entrevista. Ao final desta, existe uma série de itens relativos a comportamentos anormais que o idoso possa ter apresentado durante a avaliação, e que os entrevistadores também devem julgar se estiveram presentes ou não (chamados “itens observacionais”). Apenas comportamentos inequivocamente alterados são pontuados. Questões relativas à capacidade funcional do sujeito (afasia, surdez) e às condições da entrevista que poderiam comprometer a qualidade das respostas dadas ao entrevistador também são incluídas nos itens observacionais. O tempo de aplicação do instrumento é de cerca de 30 minutos.

O GMS gera seus diagnósticos a partir de um algoritmo próprio, o *Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGECAT)*²⁷. O AGECAT opera em dois estágios: no estágio 1, os sintomas pontuados como presentes pelo entrevistador são reunidos em oito grupamentos diagnósticos: síndrome cerebral orgânica (demência), esquizofrenia, mania, depressão, transtorno obsessivo, fobia, hipocondria e ansiedade, e a cada síndrome é atribuído um “nível de confiança”. O desenvolvimento desta escala de “nível de confiança” foi baseado no julgamento clínico e varia de zero a cinco. Sujeitos com sintomatologia de “nível de confiança” de três ou mais são considerados “casos”, pois, nesses níveis, necessitariam do ponto de vista clínico, de algum tipo de intervenção. Sujeitos com sintomatologia de “nível de confiança” de um ou dois são considerados “subcasos” e apresentam sintomas isolados, que não chegam a preencher os critérios para “caso”. No estágio 2, o

AGECAT utiliza uma abordagem hierárquica para indicar uma única síndrome como diagnóstico primário, dentre os oito grupamentos anteriormente citados^{27,39}.

➤ **INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI)**

O Inventário Neuropsiquiátrico (NPI)⁹⁶ é um instrumento desenvolvido para a avaliação sistemática e estruturada da presença de sintomas psicológicos e comportamentais em idosos portadores de demência; da gravidade desses sintomas; e do impacto destes sobre o cuidador. É composto por doze itens que se referem à presença de delírios, alucinações, agitação ou agressão, depressão ou disforia, ansiedade, elação ou euforia, apatia ou indiferença, falta de controle, irritabilidade ou labilidade, distúrbio motor, comportamentos noturnos, apetites e hábitos alimentares. Esse instrumento foi aplicado aos informantes de todos os idosos incluídos no SPAH. O instrumento avalia a presença de cada sintoma (ausente ou presente); sua gravidade (leve, moderado, grave); e o impacto sobre si (nenhum; leve; moderado; grave; extremo). O tempo de aplicação do instrumento é de cinco a dez minutos.

3.4.2 DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA CID-10

Como estabelecido pela CID-10, para ser classificado como caso de depressão, o sujeito devia apresentar pelo menos quatro sintomas depressivos, sendo que, destes, pelo menos dois deviam ser humor depressivo, anedonia ou diminuição de

energia. Os demais sintomas associados poderiam ser: autoconfiança e autoestima reduzidas, pensamentos ou atos autolesivos ou suicidas, ideias de culpa, retardo psicomotor, dificuldades de concentração, alterações de sono e alterações de apetite.

Com exceção de humor depressivo, todos os sintomas que compõe o critério diagnóstico de depressão segundo a CID-10 foram avaliados pelo GMS. O sintoma humor depressivo também foi avaliado com o NPI. No GMS, para serem considerados presentes, os sintomas deveriam ser persistentes, causar incômodo significativo (percepção do entrevistado), e ter duração mínima de duas semanas dentro do último mês. O sintoma ‘retardo psicomotor’ também foi considerado presente quando observado pelo entrevistador durante a avaliação. Na NPI, humor depressivo foi considerado presente se houve relato pelo informante da presença moderada ou grave desse sintoma no último mês (Anexo A).

3.4.3 DIAGNÓSTICO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

Foram considerados como “casos” de sintomas depressivos, os participantes que apresentaram nível de confiança de três ou mais no diagnóstico de depressão do estágio 1 do AGECAAT.

3.5 AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO

As informações sobre os fatores de risco foram prioritariamente coletadas com o participante. No entanto, no caso de idosos com dificuldades físicas ou cognitivas significativas, foram priorizadas as avaliações de caráter diagnóstico, e informações sobre exposições foram obtidas com os informantes.

3.5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

As informações sobre características sociodemográficas foram colhidas por meio de questionário padronizado para todos os participantes, e incluíram sexo, idade, escolaridade e renda pessoal mensal.

3.5.2 SUPORTE SOCIAL

Dados relativos ao suporte social do idoso foram coletados por meio de questionário padronizado e incluíram situação conjugal (solteiro, casado/vive com companheiro, divorciado/separado, viúvo), viver sozinho e frequência de contato com familiares, amigos e vizinhos. Para quantificar a frequência desses contatos, foi

perguntado ao idoso em questões separadas para cada tipo de contato: “Com que frequência o Sr(a) encontra algum de seus (parentes/vizinhos/amigos) para conversar ou fazer alguma coisa?” e as respostas foram categorizadas em nunca, diariamente, duas a três vezes por semana, pelo menos semanalmente, pelo menos mensalmente ou com menor frequência.

3.5.3 AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

➤ MORBIDADE AUTORREFERIDA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL ASSOCIADA

Uma lista com onze problemas de saúde⁹⁷ foi utilizada para avaliar a presença de morbidade e o grau de interferência destas no dia-a-dia dos participantes. Estes problemas de saúde incluíam: artrite ou reumatismo, problemas de visão, de audição, tosse persistente, dificuldades respiratórias, hipertensão arterial, problemas cardíacos, problemas do aparelho digestório, convulsões, paralisia ou paresia de membros e doenças graves de pele (úlceras por pressão, queimaduras graves). Para cada um desses problemas, o idoso deveria dizer se o tinha ou não na época da entrevista (“Eu vou ler uma lista de problemas de saúde. E para cada um deles eu gostaria que o (a) Sr(a) me dissesse se o (a) Sr(a) tem ou não o problema atualmente.”). Em caso afirmativo, foi perguntado o grau de interferência do problema nas atividades habituais do idoso (“O quanto esse problema interfere com suas atividades: nada, pouco ou muito?”). Assim, a cada resposta nesta seção foi atribuído um valor

numérico (não tem o problema = 0; tem o problema, mas não interfere nada nas atividades diárias = 1; tem, interfere pouco = 2; e tem, interfere muito = 3). A partir desses valores, um escore total de limitação funcional foi criado e correspondeu à soma das respostas dadas pelos sujeitos nesta seção e com variação possível de 0 a 33. Portanto, quanto maior o escore, maior o nível de limitação funcional do sujeito. Além disso, também foi gerado um escore de comorbidades físicas que correspondeu à soma de todas as doenças acima referidas pelos idosos como presentes, independente do grau de limitação funcional associado, com variação possível entre 0 e 11.

3.5.4 AVALIAÇÃO DO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Foram colhidas de maneira padronizada informações relativas ao uso de serviços gerais de saúde pelos participantes nos três meses que precederam à entrevista. Assim, foram colhidas informações sobre o contato dos participantes com médicos de serviços públicos de atenção primária e com médicos especialistas de serviços públicos e privados. Também foram colhidas informações sobre internação hospitalar.

Um escore com o número de consultas ambulatoriais com médicos do serviço público e privado, nos três meses anteriores à entrevista, foi criado e correspondeu à soma do número de consultas com médicos da atenção primária e de consultas com médicos especialistas de hospitais públicos e privados.

3.5.4.1 USO DE MEDICAÇÕES ANTIDEPRESSIVAS

Foram coletadas informações a respeito das medicações antidepressivas que o idoso fez uso no mês anterior à entrevista. Na ocasião da entrevista foi solicitado ao idoso que trouxesse para o entrevistador as embalagens e/ou as receitas das medicações de que fazia uso e, sempre que possível, as informações foram coletadas destas fontes.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores eram todos profissionais de saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras) e receberam treinamento durante um mês antes do início dos procedimentos do estudo. Todos foram treinados para a realização de todas as etapas do trabalho de campo e, principalmente, para a realização das entrevistas. Ao longo de todo o período de condução do trabalho de campo, reuniões semanais com os coordenadores do estudo eram realizadas para a discussão do andamento do estudo e de questões relacionadas à aplicação e pontuação dos instrumentos.

3.6.1.1 TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DO GMS

O treinamento para a aplicação do GMS obedeceu às seguintes etapas: (1) aulas expositivas sobre os transtornos mentais nos idosos e suas particularidades; (2) apresentação das instruções para a aplicação e o sistema de pontuação do instrumento; (3) leitura conjunta do instrumento; (4) pontuação do instrumento em entrevistas gravadas em vídeo; e (5) aplicação do instrumento em idosos internados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e na Unidade de Idosos (UNID) do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) da Santa Casa de São Paulo. Todas as etapas foram seguidas de discussões com os coordenadores do estudo e os entrevistadores foram estimulados a dirimir quaisquer dúvidas. Da forma como foi elaborado, o treinamento permitiu que os entrevistadores aplicassem e pontuassem diversas vezes o instrumento durante a fase de treinamento, na presença do grupo de entrevistadores. As dúvidas sobre a aplicação e pontuação do instrumento foram discutidas em conjunto e, assim, reforçou-se a padronização do método de aplicação e pontuação entre os entrevistadores.

3.6.1.2 TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DOS DEMAIS INSTRUMENTOS

O treinamento para o uso dos demais instrumentos utilizados ocorreu nas seguintes etapas, sempre seguidas de discussões conjuntas com os coordenadores do

estudo: (a) leitura conjunta dos instrumentos; (b) aplicação mútua dos instrumentos; e (c) aplicação dos instrumentos na presença dos demais entrevistadores em idosos internados no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

3.6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NAS ÁREAS DE CAPTAÇÃO DO ESTUDO

3.6.2.1 MAPAS

A equipe de entrevistadores visitou previamente os setores censitários definidos para o estudo para a confecção de mapas detalhados das áreas, principalmente favelas, para a identificação de ruas, vielas e becos que poderiam não constar dos mapas oficiais. Os setores censitários foram divididos em quarteirões, que formaram as unidades de arrolamento. Esses procedimentos garantiram a identificação de todos os domicílios das áreas visitadas, bem como facilitou o retorno da equipe aos domicílios onde residiam os idosos que participaram do estudo.

3.6.2.2 ARROLAMENTO DOMICILIAR

No arrolamento, inicialmente a equipe perguntava a idade de todos os

moradores do domicílio. Como estratégia para favorecer a identificação dos sujeitos elegíveis para o estudo, nas casas onde residiam pessoas de 60 anos ou mais, um documento de identificação do idoso era solicitado para a confirmação da idade. Era perguntado para o morador idoso e/ou para um co-residente se a data de nascimento que constava do documento correspondia à data real de nascimento. Para as pessoas cuja data de nascimento real era discordante da data do documento, foi considerada a idade referida pela pessoa se a explicação dada para a diferença foi considerada convincente pelo entrevistador. Nos casos duvidosos prevaleceu a idade constante do documento.

Quando foi confirmado um ou mais moradores com 65 anos ou mais, completados até o último dia do mês anterior ao mês do arrolamento, uma ficha de identificação para cada idoso era preenchida com nome, sexo, idade, endereço completo e telefone. Os objetivos e os procedimentos do estudo foram então explicados ao idoso e aos seus familiares, e o convite para a participação no estudo foi feito. Nesse momento, o informante ou cuidador principal também foi identificado e convidado a participar do estudo respondendo a questões relativas ao idoso. Foram definidos como informantes e/ou cuidadores as pessoas que: (a) conhecessem bem o idoso; (b) fossem membro da família; (c) morassem na mesma casa; (d) passassem mais tempo com idoso dentre todos os familiares co-residentes; (e) oferecessem cuidados práticos (banho, alimentação), caso estes fossem necessários; (f) não fossem cuidadores pagos; ou (g) fossem amigos ou vizinhos do idoso e que conhecessem bem o idoso desde que um familiar não preenchesse os critérios anteriores.

Nas casas onde o morador idoso não se encontrava, contatos subsequentes foram realizados por meio de novas visitas, preferencialmente, ou por telefone, em diferentes horários e em diferentes dias da semana, até que um contato fosse feito com o idoso para que o convite para participar do estudo fosse feito.

Nas casas que estavam fechadas durante o arrolamento, novas visitas foram feitas em diferentes horários e em diferentes dias da semana até que um contato com um morador do domicílio fosse feito. Nos casos em que este contato não foi possível, informações sobre a idade dos moradores do domicílio foram obtidas com vizinhos ou com os agentes de saúde comunitários, no caso de moradores das áreas assistidas pelo Programa de Saúde da Família. Esse procedimento garantiu que todos os domicílios das áreas de captação do estudo fossem rastreados para a identificação de moradores idosos

3.6.3 ENTREVISTAS

As entrevistas com os idosos e seus informantes ocorreram cerca de uma semana após o arrolamento, em geral no domicílio do idoso. Sempre que possível idoso e informante foram entrevistados por entrevistadores distintos. As entrevistas com o idoso e o informante duravam cerca de 120 e 30 minutos, respectivamente, e incluíam todas as avaliações utilizadas no presente estudo. O GMS foi aplicado no início da entrevista com o idoso e a NPI, no final da entrevista com o informante.

3.7 MANEJO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em arquivos eletrônicos utilizando-se o programa EpiData 3.0. Foram realizadas dupla digitação e checagem de consistência dos dados para minimização de erros.

3.7.1 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, variáveis contínuas foram convertidas em categorias. Assim, idade foi dividida em faixas etárias de cinco anos cada (65-69; 70-74; 75-79; 80 anos e mais), escolaridade foi dividida em três categorias (nenhuma; um a três; quatro anos ou mais), renda em reais foi dividida em quatro faixas (0 a 240; 241 a 360; 361 a 700; e de 700 a 7000) e número de consultas médicas ambulatoriais foi dividido em quatro categorias (nenhum, um, dois e três ou mais). Situação conjugal foi dicotomizada em “solteiro/divorciado/separado/viúvo” ou “casado/vive com companheiro” e frequência de contato com parentes, vizinhos e amigos foi dicotomizada “menos de uma vez por mês” e “mais de uma vez por mês”. O escore de morbidade física foi reagrupado em zero a duas morbidades; três; quatro; e cinco ou mais, e o escore de limitação funcional foi agrupado em quartis.

Em seguida, foi feita a caracterização sociodemográfica dos idosos incluídos no estudo, bem como dos idosos excluídos de acordo com o critério estabelecido. A

comparação entre idosos incluídos com idosos excluídos do estudo em relação a características sociodemográficas foi feita por meio da inspeção visual.

A seguir, foram calculadas as prevalências de depressão, de sintomas depressivos e de síndromes depressivas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança.

Depressão de acordo com a CID-10, sintomas depressivos e síndromes depressivas foram utilizadas como desfechos principais. Análises bivariadas entre as categorias de depressão e características sociodemográficas, suporte social, morbidade autorreferida, limitação funcional e uso de recursos de saúde foram realizadas.

Análises multivariadas foram realizadas para investigar se as associações entre síndromes depressivas e as variáveis estudadas eram independentes de gênero, idade e renda pessoal mensal. Foram construídos modelos ajustados para gênero e idade; para renda pessoal mensal; e para gênero, idade e renda pessoal mensal. Nesses modelos idade e renda foram usadas como variáveis contínuas. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata versão 8.0.

3.7.2 ANÁLISES DE SENSIBILIDADE

Foram realizadas análises de sensibilidade considerando:

(1) todos os idosos excluídos como sendo

(a) “casos” de depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas; e

- (b) “não-casos” de depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas;
- (2) todos os idosos que relataram uso de antidepressivos como
- (a) “casos” de depressão pela CID-10;
 - (b) “casos” de sintomas depressivos pelo GMS;
 - (c) “casos” de síndromes depressivas; e
- (3) a exclusão de todos os idosos cujo questionário sobre fatores de risco foi aplicado a um informante.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes, bem como seus informantes, foram incluídos no estudo após o consentimento informado (Anexo B). Para idosos que não puderam decidir devido à incapacidade física ou mental grave, o consentimento foi obtido com o informante. Para idosos analfabetos, o termo de consentimento foi lido pelo entrevistador e o consentimento obtido verbalmente. O termo foi, então, assinado pelo entrevistador e por uma testemunha, em geral o informante. Todos os participantes foram assegurados de que sua identidade e as informações obtidas seriam confidenciais e que o consentimento poderia ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo da assistência pelas instituições às quais o projeto se vinculou. Por se tratar de um estudo observacional e não envolver nenhum procedimento invasivo ou exame complementar, não houve risco significativo de natureza psíquica ou física para os participantes.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo reconhecido como subprojeto do estudo principal que fora aprovado em 12 de junho de 2002 (protocolo 257/02).

4 RESULTADOS

Dentre os 2.072 idosos incluídos no SPAH, 48 (2,3%) foram excluídos, pois apresentavam incapacidades física e/ou mental graves que os impediam de responder ao GMS e, portanto, para eles os diagnósticos de depressão não poderiam ser gerados. Entre estes participantes, 32 (1,6% da amostra total) tinham o diagnóstico de demência. Não foram excluídos os idosos com declínio cognitivo leve ou moderado.

Entre os 2.024 idosos que compuseram a amostra final do presente estudo, 1.228 (60,7%) eram do sexo feminino, 880 (43,5%) tinham entre 65 e 69 anos, 1.061 (52,4%) tinham entre um e três anos de escolaridade e 1.012 (50,0%) tinham uma renda pessoal mensal de até R\$ 360,00. Dentre os excluídos, 27 (56,3%) eram do sexo feminino, 9 (18,7%) tinham entre 65 e 69 anos e 21 (43,8%) tinham 80 anos ou mais, 24 (50,0%) eram analfabetos e 33 (68,8%) tinham uma renda mensal pessoal de até R\$ 360,00. A inspeção visual mostrou que idosos excluídos eram mais velhos e apresentavam renda menor do que idosos incluídos (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos idosos elegíveis para o estudo

	Incluídos (N=2.024)		Excluídos (N=48)	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	1228	60,7	27	56,3
Masculino	796	39,3	21	43,7
Faixa etária				
65-69	880	43,5	9	18,7
70-74	550	27,2	6	12,5
75-79	334	16,5	12	25,0
80+	260	12,9	21	43,8
Faixa de escolaridade				
Nenhuma	769	38,0	24	50,0
1 a 3	1061	52,4	22	45,8
4 ou mais	194	9,6	2	4,2
Faixa de renda (R\$)				
0-240	623	30,8	20	41,7
241-360	389	19,2	13	27,1
361-700	506	25,0	9	18,4
701-7000	506	25,0	6	12,5

4.1 PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO DE ACORDO COM A CID-10, SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM O GMS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS

Entre os 2.024 idosos incluídos no estudo, 99 foram identificados como portadores de depressão, de acordo com os critérios da CID-10, fornecendo uma prevalência de 4,9% (IC 95%: 4,0% a 5,8%). De acordo com o GMS, 548 sujeitos foram identificados como portadores de sintomas depressivos clinicamente significativos, fornecendo uma prevalência de 27,1% (IC 95%: 25,1% a 29,0%).

Oitenta (4,0%) participantes preencheram os critérios de depressão da CID-10 e de sintomas depressivos do GMS; 19 (0,9%) preencheram apenas os critérios de depressão da CID-10; e 468 (23,1%) preencheram apenas os critérios de sintomas depressivos do GMS. Assim, 567 idosos preencheram os critérios de depressão da CID-10 e/ou os critérios de sintomas depressivos do GMS, fornecendo uma prevalência de síndromes depressivas de 28,0% (IC 95%: 26,1 a 30,0%).

4.2 ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As associações entre depressão e sintomas depressivos com características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 4.

Depressão de acordo com os critérios da CID-10 apresentou uma associação tipo dose resposta direta com idade, e inversa com escolaridade e renda pessoal mensal. Houve aumento de pelo menos 50% na prevalência de depressão comparando as faixas etárias mais jovens com as mais idosas. Houve queda da prevalência de depressão com o aumento da faixa de escolaridade e de renda pessoal mensal, sendo que a prevalência de depressão entre os idosos da faixa de escolaridade e faixa de renda mais baixa foi até cerca de 60% maior do que a prevalência entre aqueles de faixas de escolaridade e de renda mais altas. Depressão de acordo com a CID-10 não esteve associada com gênero nessa amostra (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e características sociodemográficas (N=2.024)

	N%	Depressão CID-10 (N=99)				Sintomas depressivos GMS (N=548)			
		P	RP	IC 95%	p	P	RP	IC 95%	p
Sexo									
Mulheres	1128 (60,7)	5	1		0,844	33,9	1		< 0,001
Homens	796 (39,3)	4,8	0,96	0,63 - 1,45		16,6	0,39	0,31- 0,48	
Faixa etária									
65-69	880 (43,5)	4,3	1		0,039*	25,5	1		0,005*
70-74	550 (27,2)	3,6	0,84	0,48 - 1,45		24,7	0,96	0,75 - 1,23	
75-79	334 (16,5)	7,2	1,72	1,01 - 2,90		29,6	1,23	0,93 - 1,63	
+ 80	260 (12,8)	6,5	1,55	0,86 - 2,79		34,2	1,52	1,13 - 2,05	
Escolaridade									
Nenhum	769 (38,0)	6	1		0,035*	32,3	1		< 0,001*
1 a 3	1.061 (52,4)	4,5	0,74	0,49 - 1,13		24,7	0,69	0,56 - 0,85	
4 ou +	194 (9,6)	2,6	0,42	0,16 - 1,06		19,6	0,51	0,35 - 0,75	
Renda (R\$)									
0-240	623 (30,8)	6,6	1		0,004*	32,4	1		< 0,001*
241-360	389 (19,2)	5,7	0,85	0,50 - 1,45		31,9	0,98	0,74 - 1,30	
361-700	506 (25,0)	4,0	0,58	0,88 - 1,01		25,9	0,73	0,56 - 0,94	
701-7000	506 (25,0)	3,2	0,46	0,26 - 0,84		18,0	0,46	0,34 - 0,61	
*Teste de tendência linear									

A prevalência de sintomas depressivos, de acordo com o GMS, esteve estatisticamente associada com todas as variáveis sociodemográficas estudadas. Deste modo, a prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres foi aproximadamente o dobro da prevalência entre os homens. Em relação à idade, as prevalências de sintomas depressivos nas duas faixas etárias mais jovens foram similares, mas foram 50% menores do que a prevalência na faixa etária acima de 80 anos. Idosos com um a três anos de escolaridade tinham uma prevalência de sintomas depressivos 30% menor do que os idosos sem escolaridade, ao passo que para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade, a redução na prevalência de sintomas

depressivos foi ainda maior: cerca de 50%. Renda pessoal mensal também apresentou associação inversa com sintomas depressivos. A prevalência foi similar entre as duas faixas inferiores de renda, mas foram maiores do que a prevalência nas duas faixas superiores. A prevalência de sintomas depressivos na faixa superior de renda foi cerca de 50% menor do que a prevalência da faixa de renda inferior.

4.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As associações entre síndromes depressivas e características sociodemográficas estão resumidas na Tabela 5. As associações foram bastante similares àquelas obtidas para sintomas depressivos, isto é, síndromes depressivas apresentaram associação direta com gênero feminino e associação linear direta com idade, e linear inversa com escolaridade e renda (Tabela 5). As associações entre síndromes depressivas e gênero, idade, e renda não foram modificadas após ajuste para características sociodemográficas. Por outro lado, a associação entre síndromes depressivas e escolaridade apresentou redução da força e da significância estatística após ajuste para gênero, idade e renda, mas manteve associação estatisticamente significativa linear inversa, tipo dose-resposta (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e características sociodemográficas (N=2.024)

	Síndromes depressivas (N=567)													
	N (%)	P (%)	Bruta			Ajustada para gênero e idade ²			Ajustada para renda			Ajustada para gênero, idade e renda ³		
RP			IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	
Sexo														
Mulheres	1228 (60,7)	34,5	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001
Homens	796 (39,3)	18,0	0,42	0,33 - 0,52		0,42	0,34 - 0,52		0,44	0,35 - 0,54		0,44	0,36 - 0,55	
Faixa etária (anos)														
65-69	880 (43,5)	26	1		0,001	1		0,003	1		0,001	1		0,003
70-74	550 (27,2)	25,3	0,96	0,75 - 1,23		0,94	0,73 - 1,20		0,94	0,73 - 1,20		0,92	0,71 - 1,19	
75-79	334 (16,5)	31,7	1,30	1,00 - 1,74		1,28	0,97 - 1,70		1,34	1,01 - 1,76		1,30	0,98 - 1,72	
80 e mais	260 (12,8)	35,8	1,60	1,18 - 2,13		1,54	1,14 - 2,07		1,56	1,16 - 2,10		1,54	1,13 - 2,08	
Escolaridade (anos)														
Nenhum	769 (38,0)	33,4	1		< 0,001	1		0,002	1		0,002	1		0,040
1 a 3	1061 (52,4)	25,5	0,68	0,56 - 0,84		0,76	0,62 - 0,94		0,74	0,60 - 0,91		0,82	0,66 - 1,02	
4 ou mais	194 (9,6)	20,1	0,50	0,34 - 0,73		0,60	0,40 - 0,88		0,63	0,42 - 0,94		0,72	0,48 - 1,09	
Faixa de renda (R\$)														
0-240	623 (30,8)	33,7	1		< 0,001	1		0,001	N/A			N/A		
241-360	389 (19,2)	32,7	0,95	0,73 - 1,25		0,93	0,71 - 1,22							
361-700	506 (25,0)	26,5	0,71	0,54 - 0,92		0,82	0,63 - 1,07							
7001-7000	506 (25,0)	19,0	0,46	0,34 - 0,61		0,61	0,46 - 0,82							
1 - Para variáveis com mais de duas categorias, p para teste de tendência linear														
2 - Gênero ajustado apenas para idade; e idade ajustada apenas para gênero														
3 - Gênero ajustado apenas para idade e renda; idade ajustada apenas para gênero e renda														
N/A - Não se aplica														

4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM SUPORTE SOCIAL

Em relação ao suporte social, 1090 (53,9%) participantes eram casados ou viviam com um companheiro e 318 (15,7%) moravam sozinhos. A proporção de idosos que referiu ter contato mais de uma vez por mês com parentes, amigos e vizinhos foi 93,9%, 55,6% e 75,3%, respectivamente.

As associações entre depressão e sintomas depressivos e suporte social são mostrados na Tabela 6. Situação conjugal esteve associada a sintomas depressivos, mas não à depressão de acordo com a CID-10. Idosos que tinham um companheiro apresentaram uma redução de cerca de 40% na prevalência de sintomas depressivos quando comparados a idosos que não tinham um companheiro. Viver sozinho e frequência de contato com parentes, vizinhos e amigos não estiveram associados à depressão ou a sintomas depressivos.

Tabela 6 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e suporte social (N=2.024)

	N (%)	Depressão (N=99)				Sintomas depressivos (N=548)			
		P	RP	IC 95%	p	P	RP	IC 95%	p
Situação conjugal									
Sem companheiro	1.090 (53,9)	4,8	1			31,4	1		< 0,001
Com companheiro	934 (46,1)	5,0	1,06	0,76 - 1,59	0,786	22,1	0,62	0,51 - 0,76	
Vive sozinho									
Não	1.706 (84,3)	5,0	1			26,8	1		0,501
Sim	318 (15,7)	4,1	0,80	0,44 - 1,46	0,470	28,6	1,10	0,84 - 1,43	
Contato com parentes¹									
Não	123 (6,1)	5,7	1			24,4	1		0,490
Sim	1.901 (93,9)	4,8	0,84	0,38 - 1,86	0,672	27,3	1,16	0,76 - 1,77	
Contato com amigos¹									
Não	898 (44,4)	4,9	1			27,2	1		0,931
Sim	1.126 (55,6)	4,9	1,00	0,66 - 1,50	0,987	27	1,00	0,81 - 1,21	
Contato com vizinhos¹									
Não	500 (24,7)	6,0	1			29,6	1		0,143
Sim	1.524 (75,3)	4,5	0,74	0,48 - 1,15	0,187	26,3	0,85	0,68 - 1,06	

1 – Mais de uma vez por mês

4.5 ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E SUPORTE SOCIAL

As associações entre síndromes depressivas e suporte social são mostradas na Tabela 7. Também houve associação estatisticamente significativa entre síndromes depressivas e situação conjugal com uma prevalência de síndromes depressivas 40% menor em idosos que viviam com um companheiro.

Após ajuste para gênero e idade, a associação entre síndromes depressivas e situação conjugal perdeu força e significância estatística. O mesmo ocorreu quando a associação foi controlada para gênero, idade e renda, mas não quando foi controlada para renda isoladamente, o que não promoveu nenhuma mudança significativa, sugerindo que a associação entre síndromes depressivas e situação conjugal foi positivamente confundida por gênero e idade (Tabela 7).

Não houve associações entre viver sozinho e frequência de contato com parentes, amigos e vizinhos.

Tabela 7 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e suporte social (N=2.024)

	N (%)	P (%)	Síndromes depressivas (N=567)												
			RP	Bruta IC 95%	p	Ajustada para sexo e idade			Ajustada para renda			Ajustada para sexo, idade e renda			
						RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	
Situação conjugal															
Sem companheiro	1.090 (53,9)	32,5	1		< 0,001	1		0,594	1		< 0,001	1		0,808	
Com companheiro	934 (46,1)	22,8	0,61	0,50 - 0,75		0,94	0,75 - 1,18		0,65	0,53 - 0,79		0,97	0,77 - 1,22		
Vive sozinho															
Não	1.706 (84,3)	27,7	1		0,42	1		0,743	1		0,442	1		0,102	
Sim	318 (15,7)	29,9	1,11	0,86 - 1,45		0,96	0,73 - 1,25		0,90	0,68 - 1,18		0,79	0,60 - 1,05		
Contato com parentes¹															
Não	123 (6,1)	25,2	1		0,474	1		0,795	1		0,258	1		0,561	
Sim	1.901 (93,9)	28,2	1,17	0,77 - 1,77		1,06	0,69 - 1,62		1,28	0,84 - 1,95		1,14	0,74 - 1,75		
Contato com amigos¹															
Não	898 (44,4)	28,2	1		0,886	1		0,868	1		0,757	1		0,717	
Sim	1.126 (55,6)	28,0	0,99	0,81 - 1,20		0,98	0,81 - 1,20		0,97	0,86 - 1,18		0,96	0,79 - 1,18		
Contato com vizinhos¹															
Não	500 (24,7)	30,6	1		0,138	1		0,226	1		0,058	1		0,095	
Sim	1.524 (75,3)	27,2	0,85	0,68 - 1,06		0,87	0,69 - 1,09		0,81	0,64 - 1,01		0,82	0,65 - 1,03		

1 - Mais de uma vez por mês

4.6 ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL ASSOCIADA

Os problemas de saúde mais frequentemente referidos pelos participantes foram problemas visuais (90,0%) e hipertensão arterial (64,5%). Problemas gastrintestinais e problemas auditivos foram referidos por cerca de um terço dos idosos, ao passo que problemas cardíacos, problemas respiratórios e artrite foram relatados por cerca de um quinto deles. Problemas nos membros e problemas de pele foram referidos por cerca de 10% dos participantes.

Houve associações lineares diretas, tipo dose-resposta e estatisticamente significantes entre depressão pela CID-10 e sintomas depressivos e a limitação funcional relacionada a todas as morbidades investigadas, exceto artrite e problemas de pele para depressão, de acordo com a CID-10, e crises convulsivas para sintomas depressivos (Tabela 8). No entanto, para as associações entre depressão e sintomas depressivos com artrite e crises convulsivas, respectivamente, examinando-se as razões de prevalência para cada nível de limitação funcional, nota-se uma nítida tendência ao aumento da força da associação com o aumento do nível de limitação funcional (Tabela 8).

Tabela 8 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos com morbidade física e limitação funcional associada (N=2.024)

	Depressão (N=99)					Sintomas depressivos (N=548)			
	N (%)	P	RP	IC 95%	p ¹	P	RP	IC 95%	p ¹
Artrite									
Não	1.621 (80,1)	4,6	1		0,178	25,1	1		< 0,001
Sim, não interfere	103 (5,1)	4,9	1,05	0,42 - 2,66		23,3	0,91	0,57 - 1,45	
Sim, interfere pouco	130 (6,4)	6,4	1,17	0,53 - 2,60		33,1	1,47	1,01 - 2,16	
Sim, interfere muito	170 (8,4)	8,4	1,57	0,83 - 2,94		43,5	2,30	1,66 - 3,18	
Problemas visuais									
Não	202 (10,0)	1,5	1		< 0,001	20,8	1		< 0,001
Sim, não interfere	803 (39,7)	2,7	1,87	0,55 - 6,30		20,7	0,99	0,68 - 1,45	
Sim, interfere pouco	486 (24,1)	5,1	3,60	1,07 - 12,1		28,8	1,54	1,04 - 2,28	
Sim, interfere muito	533 (26,3)	9,2	6,72	2,10 - 21,8		37,5	2,29	1,56 - 3,35	
Problemas auditivos									
Não	1.324 (65,4)	4,2	1		0,006	24,9	1		< 0,001
Sim, não interfere	218 (10,8)	4,1	0,99	0,48 - 2,04		27,1	1,12	0,81 - 1,54	
Sim, interfere pouco	277 (13,7)	6,5	1,60	0,93 - 2,78		29,6	1,27	0,95 - 1,69	
Sim, interfere muito	205 (10,1)	8,3	2,09	1,19 - 3,67		37,6	1,81	1,33 - 2,47	
Tosse persistente									
Não	1.773 (87,6)	4,1	1		< 0,001	25,6	1		< 0,001
Sim, não interfere	68 (3,4)	8,8	2,25	0,94 - 5,37		25	0,97	0,55 - 1,69	
Sim, interfere pouco	65 (3,2)	9,2	2,37	0,99 - 5,66		30,8	1,29	0,75 - 2,21	
Sim, interfere muito	118 (5,8)	5,8	3,13	1,71 - 5,74		48,3	2,71	1,86 - 3,96	
Problemas respiratórios									
Não	1.618 (79,9)	3,7	1		< 0,001	23,2	1		< 0,001
Sim, não interfere	103 (5,1)	9,7	2,84	1,41 - 5,73		37,9	2,01	1,33 - 3,05	
Sim, interfere pouco	121 (6,0)	5,8	1,62	0,72 - 3,63		46,3	2,85	1,95 - 4,14	
Sim, interfere muito	182 (9,0)	12,6	3,82	2,30 - 6,36		42,3	2,42	1,77 - 3,32	

	Depressão (N=99)					Sintomas depressivos (N=548)				
	N (%)	P	RP	IC 95%	p ¹	P	RP	IC 95%	p ¹	
Hipertensão arterial										
Não	718 (35,5)	4,5	1		0,001	23,1	1		< 0,001	
Sim, não interfere	788 (38,9)	3,6	0,79	0,47 - 1,33		22,6	0,97	0,76 - 1,23		
Sim, interfere pouco	250 (12,4)	4,4	0,99	0,49 - 2,00		32,8	1,62	1,18 - 2,23		
Sim, interfere muito	268 (13,2)	10,5	2,50	1,47 - 4,24		45,5	2,78	2,07 - 3,74		
Problemas cardíacos										
Não	1.588 (78,5)	3,7	1		< 0,001	25,1	1		< 0,001	
Sim, não interfere	268 (13,2)	7,5	2,18	1,26 - 3,60		25,8	1,04	0,77 - 1,39		
Sim, interfere pouco	74 (3,7)	12,2	3,65	1,73 - 7,70		46,0	2,54	1,59 - 4,07		
Sim, interfere muito	94 (4,6)	12,8	3,86	2,00 - 7,47		50,0	2,99	1,96 - 4,55		
Problemas gastrintestinais										
Não	1.312 (64,8)	3,0	1		< 0,001	21,3	1		< 0,001	
Sim, não interfere	227 (11,2)	4,9	1,66	0,84 - 3,30		29,1	1,51	1,10 - 2,07		
Sim, interfere pouco	215 (10,6)	6,5	2,27	1,21 - 4,26		30,2	1,60	1,16 - 2,20		
Sim, interfere muito	270 (13,3)	13,0	4,86	3,02 - 7,83		50,7	3,80	2,89 - 4,99		
Crises convulsivas										
Não	1.985 (98,1)	4,7	1		< 0,002	26,9	1		0,106	
Sim, não interfere	15 (0,7)	13,3	3,13	0,70 - 14,07		26,7	0,99	0,31 - 3,11		
Sim, interfere pouco	9 (0,4)	0	-	-		33,3	1,36	0,34 - 5,45		
Sim, interfere muito	15 (0,7)	26,7	7,40	2,31 - 23,67		46,7	2,38	0,86 - 6,59		
Problemas nos membros										
Não	1.795 (88,7)	3,9	1		< 0,001	25,0	1		< 0,001	
Sim, não interfere	36 (1,8)	5,6	1,45	0,34 - 6,15		27,8	1,16	0,55 - 2,42		
Sim, interfere pouco	55 (2,7)	10,9	3,02	1,25 - 7,28		34,6	1,59	0,90 - 2,80		
Sim, interfere muito	138 (6,8)	15,2	4,42	2,02 - 7,48		51,5	3,19	2,24 - 4,52		
Problemas de pele										
Não	1.850 (91,4)	5,0	1		0,960	26,3	1		0,001	
Sim, não interfere	77 (3,8)	2,6	0,51	0,12 - 2,11		26,0	0,98	0,58 - 1,65		
Sim, interfere pouco	35 (1,7)	2,7	0,56	0,08 - 4,15		34,3	1,46	0,72 - 2,96		
Sim, interfere muito	62 (3,1)	6,5	1,32	0,47 - 3,70		46,8	2,46	1,48 - 4,09		

1 - Teste de tendência linear

O número total de problemas de saúde relatados variou de zero a nove. Setecentos e trinta e oito idosos (36,4%) relataram até dois problemas de saúde, 509 (25,2%) relataram três problemas, 374 (18,5%) relataram quatro problemas e 403 (19,9%) relataram cinco ou mais problemas de saúde. A Tabela 9 mostra a associação entre depressão e sintomas depressivos com o escore de morbidade. Houve associação linear, tipo dose-resposta e estatisticamente significativa entre depressão e sintomas depressivos e número de problemas de saúde referidos. Idosos que relataram cinco ou mais problemas de saúde apresentaram uma prevalência de depressão onze vezes maior e de sintomas depressivos quatro vezes maior do que idosos que relataram ter até dois problemas de saúde (Tabela 9).

O escore de limitação funcional variou de zero a vinte e cinco, sendo que 638 (31,5%) idosos estavam no quartil basal de limitação funcional, 449 (22,2%), no segundo quartil, 459 (22,7%) no terceiro, e 478 idosos (23,6%) estavam no quartil superior.

A Tabela 9 mostra a associação entre depressão e sintomas depressivos e o escore de limitação funcional. Houve tendência estatisticamente significativa ao aumento da prevalência de depressão e de sintomas depressivos com o aumento do nível de limitação funcional, sendo que a prevalência de depressão entre idosos com nível de limitação funcional mais alto foi cerca de 40 vezes maior do que a prevalência entre idosos do quartil basal.

Tabela 9 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos com número de comorbidades e escore de limitação funcional (N=2.024)

	Depressão (N=99)					Sintomas depressivos (N=548)				
	N (%)	P (%)	RP	IC 95%	p ¹	P (%)	RP	IC 95%	p ¹	
Número de comorbidades										
Nenhuma a duas	738 (36,4)	1,2	1		< 0,001	16,2	1		< 0,001	
Três	509 (25,2)	4,3	3,66	1,67 - 8,01		26,7	1,88	1,42 - 2,48		
Quatro	374 (18,5)	5,4	4,58	2,06 - 10,20		28,6	2,06	1,53 - 2,78		
Cinco ou mais	403 (19,9)	11,9	11,00	5,31 - 22,6		45,9	4,37	3,31 - 5,76		
Limitação funcional										
Quartil 1	638 (31,5)	0,3	1		< 0,001	12,9	1		< 0,001	
Quartil 2	449 (22,2)	2,23	7,24	1,58 - 33,22		22,5	1,97	1,42 - 2,71		
Quartil 3	459 (22,7)	6,32	21,45	5,09 - 90,35		29,6	2,85	2,10 - 3,88		
Quartil 4	478 (23,6)	12,1	43,91	10,67 - 180,77		47,9	6,24	4,65 - 8,36		

1 – Teste de tendência linear

4.7 ASSOCIAÇÕES ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL ASSOCIADA

As associações entre síndromes depressivas e morbidade física e limitação funcional são mostradas na Tabela 10. Houve associação estatisticamente significativa entre síndromes depressivas e limitação funcional associada a todos os problemas de saúde autorreferidos, exceto crises convulsivas.

Tabela 10 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre síndromes depressivas e morbidade física e limitação funcional associada (N=2.024)

	Síndromes depressivas (N=567)				
	N (%)	P (%)	RP	IC 95%	p*
Artrite					
Não	1.621 (80,1)	26,0	1		< 0,001
Sim, não interfere	103 (5,1)	25,2	0,96	0,61 - 1,52	
Sim, interfere pouco	130 (6,4)	33,9	1,46	1,00 - 2,13	
Sim, interfere muito	170 (8,4)	44,7	2,30	1,67 - 3,18	
Problemas visuais					
Não	202 (10,0)	21,3	1		< 0,001
Sim, não interfere	803 (39,7)	21,0	0,98	0,67 - 1,43	
Sim, interfere pouco	486 (24,1)	30,5	1,61	1,10 - 2,39	
Sim, interfere muito	533 (26,3)	39,0	2,37	1,62 - 3,46	
Problemas auditivos					
Não	1.324 (65,4)	25,7	1		< 0,001
Sim, não interfere	218 (10,8)	27,5	1,10	0,80 - 1,52	
Sim, interfere pouco	277 (13,7)	31,4	1,33	1,00 - 1,76	
Sim, interfere muito	205 (10,1)	39,0	1,85	1,36 - 2,51	
Tosse persistente					
Não	1773 (87,6)	26,3	1		< 0,001
Sim, não interfere	68 (3,4)	26,5	1,00	0,58 - 1,74	
Sim, interfere pouco	65 (3,2)	31,3	1,33	0,79 - 2,27	
Sim, interfere muito	118 (5,8)	51,7	2,99	2,05 - 4,36	
Problemas respiratórios					
Não	1.618 (79,9)	23,9	1		< 0,001
Sim, não interfere	103 (5,1)	38,8	2,03	1,34 - 3,06	
Sim, interfere pouco	121 (6,0)	47,9	2,94	2,02 - 4,27	
Sim, interfere muito	182 (9,0)	45,6	2,68	1,96 - 3,66	

	Síndromes depressivas (N=567)				
	N (%)	P (%)	RP	IC 95%	p*
Hipertensão arterial					
Não	718 (35,5)	23,8	1		< 0,001
Sim, não interfere	788 (38,9)	23,4	0,97	0,77 - 1,24	
Sim, interfere pouco	250 (12,4)	33,2	1,59	1,16 - 2,18	
Sim, interfere muito	268 (13,2)	48,1	2,97	2,21 - 3,99	
Problemas cardíacos					
Não	1.588 (78,5)	25,7	1		< 0,001
Sim, não interfere	268 (13,2)	27,2	1,08	0,81 - 1,45	
Sim, interfere pouco	74 (3,7)	48,7	2,74	1,71 - 4,38	
Sim, interfere muito	94 (4,6)	53,2	3,29	2,16 - 5,00	
Problemas gastrintestinais					
Não	1.312 (64,8)	21,9	1		< 0,001
Sim, não interfere	227 (11,2)	30,4	1,56	1,14 - 2,13	
Sim, interfere pouco	215 (10,6)	31,6	1,62	1,18 - 2,22	
Sim, interfere muito	270 (13,3)	53,3	4,08	3,11 - 1,66	
Crises convulsivas					
Não	1.985 (98,1)	27,8	1		0,101
Sim, não interfere	15 (0,7)	33,3	1,30	0,44 - 3,81	
Sim, interfere pouco	9 (0,4)	33,3	1,30	0,32 - 5,21	
Sim, interfere muito	15 (0,7)	46,7	2,27	0,82 - 6,29	
Problemas nos membros					
Não	1.795 (88,7)	25,6	1		< 0,001
Sim, não interfere	36 (1,8)	30,6	1,28	0,62 - 2,61	
Sim, interfere pouco	55 (2,7)	38,2	1,79	1,02 - 3,11	
Sim, interfere muito	138 (6,8)	54,4	3,45	2,43 - 4,91	
Problemas de pele					
Não	1.850 (91,4)	27,4	1		0,002
Sim, não interfere	77 (3,8)	26,0	0,93	0,55 - 1,57	
Sim, interfere pouco	35 (1,7)	34,3	1,39	0,68 - 2,81	
Sim, interfere muito	62 (3,1)	46,8	2,33	1,40 - 3,88	

* Teste de tendência linear

Para quase todos os problemas de saúde referidos, a prevalência de síndromes depressivas entre os idosos que não relataram ter os problemas de saúde foi similar à prevalência entre os que relataram que esses problemas não interferiam em suas atividades habituais. Exceções para essa regra foram os problemas respiratórios e gastrintestinais, para os quais a prevalência de síndromes depressivas entre os idosos que referiram ter esses problemas, mas que estes não interferiam em suas atividades, foi maior do que a prevalência entre os idosos que relataram não ter esses problemas.

Síndromes depressivas estiveram estatisticamente associadas ao escore de morbidade. Houve aumento da prevalência de síndromes depressivas com o aumento do número de doenças (Tabela 11). Idosos que relataram cinco ou mais morbidades físicas apresentaram uma prevalência de síndromes depressivas cerca de cinco vezes a prevalência encontrada em idosos que relataram entre nenhuma e duas morbidades. O controle para características sociodemográficas não produziu modificações significativa na força ou na significância estatística da associação (Tabela 11).

Em relação à limitação funcional, houve tendência ao aumento da prevalência de síndromes depressivas com o aumento do escore de limitação funcional. As análises controladas para características sociodemográficas não modificaram a força ou a significância da associação (Tabela 11).

Tabela 11 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e número de comorbidades e escore de incapacitação (N=2.024)

	N (%)	P (%)	Síndromes depressivas (N=567)												
			Bruta			Ajustada para sexo e idade			Ajustada para renda			Ajustada para sexo, idade e renda			
			RP	IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	RP	IC 95%	p ¹	
Número de comorbidades															
Nenhuma a duas	738 (36,5)	16,4	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	
Três	509 (25,2)	27,5	1,93	1,47 - 2,55		1,73	1,31 - 2,29		1,99	1,51 - 2,64		1,80	1,36 - 2,40		
Quatro	374 (18,5)	29,7	2,15	1,60 - 2,89		1,97	1,46 - 2,66		2,22	1,65 - 3,00		2,05	1,52 - 2,78		
Cinco ou mais	403 (19,9)	48,4	4,78	3,62 - 6,30		4,21	3,17 - 5,57		4,81	3,64 - 6,37		4,30	3,23 - 5,72		
Limitação funcional															
Quartil 1	638 (31,5)	13,0	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	
Quartil 2	449 (22,2)	22,7	1,97	1,43 - 2,70		1,84	1,33 - 2,55		2,08	1,50 - 2,87		1,95	1,40 - 2,70		
Quartil 3	459 (22,7)	30,5	2,93	2,16 - 3,98		2,67	1,95 - 3,61		2,93	2,15 - 4,00		2,68	1,96 - 3,66		
Quartil 4	478 (23,6)	50,6	6,86	5,12 - 9,18		6,12	4,54 - 8,23		6,87	5,11 - 9,25		6,19	4,58 - 8,36		

1 – Teste de tendência linear

4.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS COM USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O número de consultas com médicos da atenção primária entre os idosos do estudo variou entre nenhuma e 14 consultas nos três meses prévios à entrevista do estudo. Mil cento e cinquenta e oito sujeitos (57,2%) não haviam tido nenhuma consulta no período; 431 (21,3%) tinham tido uma consulta; 232 (11,5%) duas; e 201 (10,0%) três ou mais.

Em relação a médicos de hospital público, o número de consultas variou entre nenhuma e 13 consultas nos três meses anteriores à entrevista. Mil trezentos e quinze idosos (65,0%) não tinham tido nenhuma consulta, 360 (17,8%) tinham tido uma consulta; 159 (7,9%) duas; e 187 (9,2%) três ou mais.

Em relação a médicos de serviço privado, o número de consultas variou entre 0 e 12 consultas nos três meses anteriores à entrevista, sendo que 1.739 (86,0%) idosos relataram não ter nenhuma consulta, 128 (6,3%) relataram ter tido uma consulta, 67 (3,3%) relataram ter tido duas consultas e 88 (4,4%) relataram três ou mais consultas.

Em relação ao número total de consultas ambulatoriais, 579 (28,7%) idosos relataram que não tiveram nenhuma consulta ambulatorial nos três meses anteriores à entrevista, 514 (25,5%) relataram que tiveram uma consulta, 362 (17,9%) tiveram duas consultas e 563 (27,9%) tiveram três ou mais consultas.

Noventa e cinco idosos (4,7%) referiram ter tido pelo menos uma noite de internação em hospital público nos três meses anteriores à entrevista.

A Tabela 12 mostra a associação entre uso de serviços de saúde nos últimos três meses e depressão e sintomas depressivos. As associações entre depressão e

sintomas depressivos e uso de serviços de saúde foi similar, com exceção do fato de ter havido associação entre ter tido pelo menos uma consulta e número de consultas com médico da atenção primária e sintomas depressivos, mas não com depressão. No restante, ambos os tipos de depressão estiveram associados com ter tido pelo menos uma consulta e número de consultas com médico especialista de serviço público, com número total de consultas ambulatoriais e com internação hospitalar, mas não estiveram associados com ter tido pelo menos uma consulta e número de consultas com médico do serviço privado.

Tabela 12 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações entre depressão e sintomas depressivos e uso de serviços de saúde (N=2.024)

	N (%)	Depressão (N=99)				Sintomas depressivos (N=548)			
		P	RP	IC 95%	p***	P	RP	IC 95%	p***
ATENÇÃO PRIMÁRIA¹									
Consulta médica*									
Não	1.158 (57,2)	4,2	1		0,073	25,2	1		0,030
Sim	864 (42,8)	5,9	1,45	0,96 - 2,16		29,6	1,24	1,02 - 1,52	
N. de consultas**									
Nenhuma	1.158 (57,3)	4,2	1		0,094	25,2	1		0,034
Uma	431 (21,3)	5,6	1,36	0,82 - 2,25		29,5	1,24	0,97 - 1,58	
Duas	232 (11,5)	5,6	1,37	0,73 - 2,58		27,2	1,11	0,80 - 1,52	
Três ou mais	201 (9,9)	6,5	1,60	0,85 - 3,01		32,3	1,41	1,03 - 1,96	
HOSPITAL PÚBLICO²									
Consulta médica*									
Não	1315 (65,0)	3,6	1		< 0,001	24,5	1		< 0,001
Sim	706 (35,0)	7,3	2,14	1,42 - 3,20		31,9	1,44	1,18 - 1,77	
N. de consultas**									
Nenhuma	1315 (65,1)	3,6	1		< 0,001	24,5	1		< 0,001
Uma	360 (17,8)	6,4	1,84	1,10 - 3,08		28,1	1,20	0,93 - 1,56	
Duas	159 (7,9)	8,2	2,40	1,27 - 4,54		38,4	1,92	1,36 - 2,71	
Três ou mais	187 (9,2)	8,6	2,52	1,40 - 4,55		33,7	1,57	1,13 - 2,18	
MÉDICO PARTICULAR³									
Consulta médica									
Não	1315 (85,9)	4,7	1		0,366	27,0	1		0,792
Sim	706 (14,1)	6,0	1,30	0,75 - 2,20		27,7	1,05	0,92 - 1,20	

	N (%)	Depressão (N=99)				Sintomas depressivos (N=548)			
		P	RP	IC 95%	p ^{***}	P	RP	IC 95%	p ^{***}
N. de consultas**									
Nenhuma	1315 (86,0)	4,7	1		0,372	27,0	1		0,466
Uma	360 (6,3)	6,3	1,34	0,64 - 2,85		24,2	0,87	0,57 - 1,32	
Duas	159 (3,3)	4,5	0,95	0,29 - 3,10		32,8	1,32	0,79 - 2,23	
Três ou mais	187 (4,4)	6,8	1,50	0,63 - 3,50		29,6	1,14	0,71 - 1,82	
N. TOTAL DE CONSULTAS^{4,5}									
Nenhuma	579 (28,7)	2,6	1		0,001	20,9	1		< 0,001
Uma	514 (25,5)	5,1	2,00	1,05 - 3,82		25,9	1,32	1,00 - 1,75	
Duas	362 (17,9)	4,7	1,85	0,91 - 3,76		31,8	1,76	1,31 - 2,38	
Três ou mais	563 (27,9)	7,1	2,88	1,57 - 5,27		31,4	1,74	1,33 - 2,27	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**									
Não	1929 (95,3)	4,3	1		< 0,001	26,5	1		0,008
Sim	95 (4,7)	15,8	4,10	2,28 - 7,45		39,0	1,80	1,16 - 2,71	
* Pelo menos uma consulta nos últimos três meses									
** Últimos três meses									
*** Para variáveis com mais de duas categorias, teste de tendência linear									
1 - Informação indisponível para 2 sujeitos									
2 - Informação indisponível para 3 sujeitos									
3 - Informação indisponível para 1 sujeito									
4 - Informação indisponível para 6 sujeitos									
5 - Número de consultas ambulatoriais com médicos da atenção primária e especialistas de serviços públicos e privados									

4.9 ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROMES DEPRESSIVAS E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Tabela 13 mostra as associações entre síndromes depressivas e uso de serviços de saúde nos três meses anteriores à entrevista. Houve associação entre síndromes depressivas e ter tido pelo menos uma consulta com médicos da atenção primária, médicos de hospital público e pelo menos uma noite de internação hospitalar. Por outro lado, não houve associação com ter tido pelo menos uma consulta e número de consultas com médico do setor privado.

A prevalência de síndromes depressivas entre os idosos que tiveram pelo menos uma consulta com médico da atenção primária foi cerca de 30% maior do que a prevalência entre os idosos que não tiveram esta consulta. A prevalência de síndromes depressivas também foi cerca de 50% maior entre os idosos que tiveram três consultas ou mais nos três últimos meses antes da entrevista quando comparada à prevalência entre os que não tiveram nenhuma consulta. No entanto, controlando simultaneamente para gênero, idade e renda, as associações entre síndromes depressivas e ter tido pelo menos uma consulta e número de consultas com médico da atenção primária perderam força e significância estatística (Tabela 13).

Em relação às consultas com médicos de hospital público, a prevalência de síndromes depressivas entre os idosos que tiveram pelo menos uma consulta foi cerca de 40% maior do que a prevalência entre os que não tiveram esta consulta. Houve uma forte associação entre síndromes depressivas e número de consultas com médicos de hospital público. A prevalência de síndromes depressivas entre idosos que tiveram três consultas ou mais foi cerca de 70% maior do que a prevalência entre

os que não tiveram nenhuma consulta. Não houve modificações significativas na força e na significância estatística após ajuste para características sociodemográficas (Tabela 13).

Em relação ao número total de consultas ambulatoriais, houve associação linear direta, tipo dose-resposta, entre síndromes depressivas e número de consultas ambulatoriais. Não houve modificações significativas na força ou na significância estatística após o ajuste para características sociodemográficas (Tabela 13).

Em relação à internação hospitalar, a prevalência de síndromes depressivas entre os idosos que haviam sido internados nos últimos três meses foi cerca de duas vezes maior do que a prevalência entre os idosos que não haviam sido internados. O controle para características sociodemográficas não modificou a associação entre síndromes depressivas e internação hospitalar (Tabela 13).

Tabela 13 – Prevalência (P), razão de prevalência (RP), intervalo de 95% de confiança (IC95%) e valor de p para as associações brutas e ajustadas entre síndromes depressivas e uso de serviços de saúde (N=2.024)

	Síndromes depressivas (N=567)													
	N (%)	P (%)	Bruta			Ajustada para sexo e idade			Ajustada para renda			Ajustada para sexo, idade e renda		
			RP	IC 95%	p***	RP	IC 95%	p***	RP	IC 95%	p***	RP	IC 95%	p***
ATENÇÃO PRIMÁRIA¹														
Consulta médica*														
Não	1.158 (57,2)	25,9	1		0,015	1		0,048	1,00		0,144	1		0,244
Sim	864 (42,8)	30,8	1,27	1,05 - 1,55		1,22	1,00 - 1,49		1,16	0,95 - 1,41		1,13	0,92 - 1,38	
N. de consultas**														
Nenhuma	1.158 (57,3)	25,9	1		0,015	1		0,039	1,00		0,146	1		0,22
Uma	431 (21,3)	30,4	1,25	0,98 - 1,59		1,19	0,93 - 1,53		1,16	0,90 - 1,48		1,11	0,87 - 1,44	
Duas	232 (11,5)	28,9	1,16	0,85 - 1,59		1,11	0,81 - 1,53		1,05	0,77 - 1,44		1,02	0,79 - 1,41	
Três ou mais	201 (9,9)	33,8	1,46	1,06 - 2,01		1,42	1,02 - 1,96		1,29	0,93 - 1,79		1,27	0,91 - 1,77	
HOSPITAL PÚBLICO²														
Consulta médica*														
Não	1315 (65,0)	25,4	1		< 0,001	1		0,002	1,00		0,002	1		0,007
Sim	706 (35,0)	32,9	1,43	1,18 - 1,75		1,38	1,13 - 1,69		1,38	1,13 - 1,69		1,33	1,08 - 1,63	
N. de consultas**														
Nenhuma	1315 (65,1)	25,4	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001
Uma	360 (17,8)	28,6	1,18	0,91 - 1,53		1,11	0,85 - 1,45		1,12	0,86 - 1,46		1,07	0,82 - 1,40	
Duas	159 (7,9)	38,4	1,83	1,30 - 2,58		1,80	1,27 - 2,55		1,78	1,26 - 2,51		1,74	1,22 - 2,48	
Três ou mais	187 (9,2)	36,4	1,68	1,22 - 2,32		1,63	1,17 - 2,26		1,61	1,16 - 2,24		1,57	1,13 - 2,19	
MÉDICO PARTICULAR														
Consulta médica³														
Não	1.739 (86,0)	28,0	1		0,982	1		0,529	1		0,170	1		0,614
Sim	284 (14,0)	28,2	1,00	0,76 - 1,33		0,91	0,69 - 1,21		1,23	0,92 - 1,64		1,08	0,80 - 1,45	

	Síndromes depressivas (N=567)													
	N (%)	P (%)	Bruta			Ajustada para sexo e idade			Ajustada para renda			Ajustada para sexo, idade e renda		
			RP	IC 95%	p ^{***}	RP	IC 95%	p ^{***}	RP	IC 95%	p ^{***}	RP	IC 95%	p ^{***}
N. de consultas**														
Nenhuma	1739 (86,0)	28,0	1		0,655	1		0,908	1		0,092	1		0,344
Uma	128 (6,3)	25,0	0,86	0,57 - 1,30		0,77	0,50 - 1,17		1,03	0,67 - 1,57		0,90	0,59 - 1,39	
Duas	67 (3,3)	32,8	1,26	0,75 - 2,11		1,14	0,67 - 1,94		1,53	0,89 - 2,63		1,34	0,77 - 2,33	
Três ou mais	88 (4,4)	29,6	1,08	0,67 - 1,72		1,00	0,62 - 1,61		1,35	0,83 - 2,19		1,21	0,74 - 1,97	
N. TOTAL DE CONSULTAS^{4,5}														
Nenhuma	579 (28,7)	21,9	1		< 0,001	1		< 0,001	1		< 0,001	1		0,001
Uma	514 (25,5)	26,7	1,29	0,98 - 1,71		1,19	0,90 - 1,58		1,29	0,98 - 1,71		1,20	0,90 - 1,60	
Duas	362 (17,9)	32,3	1,70	1,26 - 2,28		1,55	1,14 - 2,09		1,70	1,26 - 2,29		1,55	1,14 - 2,10	
Três ou mais	563 (27,9)	32,7	1,73	1,33 - 2,25		1,57	1,20 - 2,07		1,67	1,28 - 2,19		1,54	1,17 - 2,02	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**														
Não	1929 (95,3)	27,3	1		0,001	1		0,001	1,00		0,001	1		0,002
Sim	95 (4,7)	43,2	2,03	1,33 - 3,08		2,05	1,33 - 3,15		1,98	1,30 - 3,02		2,00	1,30 - 3,08	

* Pelo menos uma consulta nos últimos três meses

** Últimos três meses

*** Para variáveis com mais de duas categorias, teste de tendência linear

1 – Informação indisponível para 2 sujeitos

2 – Informação indisponível para 3 sujeitos

3 – Informação indisponível para 1 sujeito

4 – Informação indisponível para 6 sujeitos

5 – Número de consultas ambulatoriais com médicos da atenção primária e especialistas de serviços públicos e privados

4.9.1 USO DE MEDICAÇÕES ANTIDEPRESSIVAS

Oitenta e nove (4,4%) participantes relataram uso de antidepressivos. Dos participantes com depressão, sintomas depressivos e sem depressão, 10 (4,1%), 46 (8,4%) e 41 (2,8%), respectivamente, relataram uso de antidepressivos.

4.10 ANÁLISES DE SENSIBILIDADE

As análises de sensibilidade mostraram que se todos os idosos excluídos do estudo (N=48) fossem considerados como “não-casos” ou como “casos”, as prevalências na amostra completa (N=2.072) seriam, respectivamente, 4,8% e 7,1% para depressão segundo a CID-10; 26,5% e 28,8% para sintomas depressivos segundo o GMS; e 27,4% e 29,7% para síndromes depressivas. As mudanças nas associações originais ocorreram quando os sujeitos excluídos foram considerados como “casos”. Assim, nas associações com depressão pela CID-10, em relação às análises originais, houve um aumento da força e da significância da associação entre idade e depressão, segundo a CID-10, quando todos os idosos excluídos foram considerados como “casos”. Nessa circunstância, as faixas etárias mais altas, 75 a 79 anos e 80 anos e mais, apresentaram prevalência de depressão cerca de duas e três vezes maior do que a faixa etária de referência (65-69 anos), respectivamente. Em relação ao suporte social, passaram a ocorrer algumas associações. Assim, idosos que

viviam sozinhos ou que tinham contato com vizinhos mais de uma vez por mês passaram a apresentar redução estatisticamente significativa de cerca de 50% na prevalência de depressão de acordo com a CID-10. Em relação a sintomas depressivos e a síndromes depressivas, apenas a associação com frequência de contato com vizinhos sofreu modificação e passou a ocorrer. Desse modo, idosos que tinham contato com vizinhos mais de uma vez por mês apresentaram redução estatisticamente significativa de cerca de 25% na prevalência, tanto de sintomas depressivos quanto de síndromes depressivas.

Não houve modificações substanciais nas associações encontradas nas análises originais para depressão pela CID-10, sintomas depressivos e síndromes depressivas quando todos os sujeitos excluídos foram considerados como “não-casos”.

Outra análise de sensibilidade realizada considerou todos os sujeitos incluídos no estudo que relataram uso de antidepressivos (N=89) como sendo “casos” de depressão pela CID-10, independente do status original de depressão. Com esse critério, 79 (3,9%) idosos foram reclassificados e a prevalência de depressão pela CID-10 passou a ser de 8,8% (IC 95% 7,6 a 10,1). Todas as análises foram refeitas e mostraram algumas mudanças nas associações originais. Assim, em relação a características sociodemográficas, passou a haver associação estatisticamente significativa com gênero feminino (RP= 0,58; IC 95% 0,41 a 0,81; p=0,001), mas a associação com escolaridade desapareceu (RP=0,89; IC 95% 0,69 a 1,14; p=0,354). Em relação à morbidade e limitação funcional, passou a haver tendência ao aumento da prevalência de depressão entre idosos com artrite e idosos com o aumento da limitação funcional associada (p-tendência linear = 0,009). Em relação ao uso de serviços de saúde, passou a haver associação estatisticamente significativa entre

depressão e uso de serviços privados. Assim, a prevalência de depressão em idosos que tiveram pelo menos uma consulta com médico privado foi o dobro daquela dos idosos sem depressão (RP= 2,05; IC95% 1,41 a 2,97; $p < 0,001$) e houve tendência ao aumento da prevalência de depressão com o aumento do número de consultas com médicos particulares (p-tendência linear $< 0,001$). Não houve mudanças significativas nas associações originais entre depressão segundo CID-10 e as demais variáveis estudadas.

Para sintomas depressivos, idosos que relataram uso de antidepressivos e que não foram classificados originalmente como “casos” de depressão pela CID-10 foram considerados “casos” de sintomas depressivos. Com esse critério, 41 (2,0%) idosos foram reclassificados e a prevalência de sintomas depressivos passou a ser de 29,1% (IC95% 27,1 a 31,1). As análises foram refeitas, mas não houve mudanças significativas nas associações originais entre sintomas depressivos e as variáveis estudadas.

Considerando todos os idosos que relataram uso de antidepressivos como sendo “casos” de síndromes depressivas, desde que nas análises originais tivessem sido classificados como “não-casos” de depressão ou de sintomas depressivos, o número de idosos reclassificados também foi 41 (2,0%), fornecendo uma nova prevalência de síndromes depressivas de 30,0% (IC95% 28,0 a 32,1%). Também não houve mudanças significativas nas associações originais entre sintomas depressivos e as variáveis estudadas com a reanálise dos dados.

Por fim, foi realizada a análise dos dados excluindo-se todos os 45 (2,2%) idosos cujo questionário sobre fatores de risco foi aplicado a um informante e não

foram observadas modificações significativas nas associações originais entre depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas e as variáveis estudadas.

5 DISCUSSÃO

Como o intuito deste trabalho foi descrever o impacto de quadros depressivos em idosos de baixa renda residentes numa comunidade brasileira, procuramos estabelecer os critérios diagnósticos de depressão e de sintomas depressivos o mais inclusivos possível, por isso optamos pelos critérios da CID-10 em vez do DSM-IV, e o estágio diagnóstico 1, sintômico, do GMS em vez do estágio dois, hierárquico, respectivamente. Por esse mesmo motivo, agrupamos depressão e sintomas depressivos em síndromes depressivas.

Entretanto, o fato de 19 (0,9%) idosos serem classificados como “casos” de depressão pela CID-10, mas não como “casos” de sintomas depressivos, pode ser surpreendente pelo fato de que os “casos” de depressão pela CID-10 são mais graves e deveriam incluir todos os casos de sintomas depressivos. No entanto, o diagnóstico de sintomas depressivos pelo GMS é gerado pelo algoritmo AGEKAT, cujos critérios nunca foram publicados. Newman et al.³⁹, analisando os diferentes sintomas constantes do DSM-IV e do GMS, concluíram que no GMS a presença de humor depressivo é fundamental para que o AGEKAT classifique o sujeito como “caso” de sintomas depressivos, mas o papel dos sintomas somáticos é menos relevante; ao passo que no DSM-IV tanto humor depressivo quanto sintomas somáticos são decisivos para classificar o sujeito como “caso” de depressão maior. Na CID-10, um critério semelhante de hierarquização dos sintomas é utilizado, posto que humor depressivo e fadiga fazem parte dos três sintomas obrigatórios. Nesse contexto,

analisando o perfil de sintomas depressivos constantes dos critérios da CID-10, verificamos que os participantes que foram classificados como “caso” pela CID-10 e “não-caso” pelo GMS, apresentavam prevalência mais alta de anedonia, fadiga e de sintomas somáticos, mas, proporcionalmente, a prevalência de humor deprimido era mais baixa. Portanto, podemos supor que, com este perfil de sintomas, os idosos poderiam ser classificados como “caso” de depressão pela CID-10, mas não pelo GMS, como ocorrido.

5.1 PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

A prevalência de depressão de acordo com a CID-10, encontrada neste estudo, situa-se entre 4,0 e 5,9%, posicionando-a na faixa superior entre as prevalências encontradas nos estudos revisados, independente do critério de depressão utilizado^{21,31-36,39,41}. Restringindo-se apenas aos estudos que utilizaram a CID-10 como critério diagnóstico, nossa estimativa é maior do que a encontrada entre idosos acima de 65 anos por Wilhelm et al.³¹ na Austrália, que foi 1,2%, e maior do que a encontrada por Andrade et al.⁴¹ em São Paulo, que foi de 2,7%. Por outro lado, é menor do que a prevalência encontrada por Costa et al.⁴³, em Bambuí, interior de Minas Gerais, que foi 15,4%.

A prevalência de sintomas depressivos estimada pelo presente estudo esteve entre 25,1 e 29,0%, colocando-se numa posição intermediária-superior em relação às

prevalências encontradas nos estudos revisados, independente do critério diagnóstico, que foi entre 6,4 e 39%^{10,11,25,33,38,39,45,46,50,51,52,53-61,63,65-70}.

Comparada apenas aos estudos que utilizaram o mesmo critério diagnóstico, ou seja, estágio 1 do GMS/AGECAT, a prevalência encontrada no presente estudo foi maior do que a encontrada em Cingapura (5,5%), na Inglaterra (10,0%), na Irlanda (10,3%), no Canadá (11,2%), na Holanda (12,9%) e nos Emirados Árabes Unidos (20,2%).

Comparada com os estudos brasileiros revisados, independente do critério utilizado, a prevalência de sintomas depressivos encontrada no presente estudo (27,1%) é intermediária entre os 18,1% encontrados numa amostra representativa da cidade de São Paulo⁶⁷ e os 38,5% encontrados em Bambuí⁶⁹, mas aproxima-se dos 25,5% encontrados em Santa Cruz, Rio Grande do Norte⁶⁷, dos 22,7% encontrados no Rio Grande do Sul²⁵ e dos 26,0% encontrados no Rio de Janeiro⁷⁰. Assim, podemos supor que aproximadamente um em cada quatro idosos brasileiros apresenta sintomas depressivos que requerem algum tipo de intervenção clínica.

5.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

As diferenças encontradas na prevalência de depressão e de sintomas depressivos no presente estudo, em relação a outras estimativas obtidas no Brasil e em outros países, podem decorrer de diferenças metodológicas em relação à população estudada e ao diagnóstico de depressão e de sintomas depressivos

utilizado, ou podem decorrer de diferenças reais na prevalência de quadros depressivos em diferentes contextos.

Em relação à população estudada, estudos que foram desenhados para investigar a prevalência de depressão na população adulta em geral^{31,41} podem não ser adequados para estimar a prevalência de depressão em idosos, pois os instrumentos diagnósticos utilizados são, em geral, desenvolvidos para a população adulta jovem, e, portanto, não contemplam as peculiaridades dos quadros depressivos em idosos⁷⁹; e o número de idosos incluídos nesses estudos, quando comparado a faixas etárias mais jovens, pode ser insuficiente para obtenção de estimativas precisas de depressão⁷¹, produzindo estimativas de depressão em idosos artificialmente mais baixas. Essas questões poderiam justificar o fato da nossa estimativa de depressão, de acordo com a CID-10, ser maior do que a encontrada nos estudos de Wilhelm et al.³¹ e de Andrade et al.⁴¹, pois esses estudos foram desenhados para a população adulta em geral e utilizaram a CIDI para a obtenção dos sintomas que compõem os critérios de depressão da CID, ao passo que nosso estudo foi desenhado para a população idosa e foi utilizado o GMS como entrevista diagnóstica, que foi desenvolvido especificamente para avaliação mental de idosos.

No entanto, mesmo estudos que investigaram a prevalência de depressão e de sintomas depressivos exclusivamente em idosos obtiveram estimativas mais baixas do que as nossas^{21,52,58,63,66}. Em relação ao diagnóstico de depressão, a maioria dos estudos utilizou os critérios do DSM, que tradicionalmente produzem estimativas mais baixas do que a CID-10 por serem mais restritivos, o que poderia justificar o fato da nossa prevalência ser maior do que a dos estudos que utilizaram os critérios do DSM.

Em relação a sintomas depressivos, as escalas utilizadas para a obtenção do diagnóstico foram múltiplas. Diferenças na formulação das questões, na valorização de sintomas físicos como sintomas depressivos e diferentes necessidades de treinamento para aplicação, podem gerar resultados distintos na avaliação dos sintomas e dificultar a comparação das estimativas^{65,71}.

Entretanto, mesmo quando comparada a outros estudos que utilizaram rigorosamente o mesmo critério de sintomas depressivos que o nosso, isto é, estágio diagnóstico 1 do GMS/AGECAT, nossa prevalência ainda é maior^{39,53-57}. No entanto, vieses envolvidos na tradução do GMS em diferentes linguagens a despeito da validação dessas traduções⁷¹ e variações culturais na valorização, e na expressão de diferentes sintomas podem explicar parte das diferenças encontradas. Nesse sentido, dois estudos realizados em países asiáticos^{53,58} encontraram prevalências de sintomas depressivos, de acordo com o GMS, mais baixas do que as tradicionalmente encontradas em países desenvolvidos ocidentais^{39,55-57,59,61}, sugerindo que aspectos culturais possam explicar parte dessa diferença.

Ainda em relação às variações culturais, no início deste estudo, por exemplo, foi percebido pelos entrevistadores que muitos idosos respondiam afirmativamente à questão inicial sobre humor depressivo do GMS, mas depois, ao longo da seção que investiga a presença deste sintoma, ficava claro que o idoso não se referia à presença de um sintoma de depressão, mas a variações normais do humor. Deste modo, ajustes na condução da entrevista foram necessários para evitar a superestimação da presença desse sintoma, que é crucial no diagnóstico de depressão pela CID-10.

Finalmente, é possível que os resultados encontrados se devam a diferenças reais de prevalência de depressão e de sintomas depressivos em diferentes contextos.

Nesse sentido, o status socioeconômico mais baixo da nossa população pode ter contribuído para a maior prevalência de depressão e de sintomas depressivos encontrada, pois o nível socioeconômico é inversamente associado à ocorrência de quadros depressivos⁸⁰. Assim, em que pese outras questões metodológicas anteriormente discutidas, nossa estimativa de depressão de acordo com a CID-10 foi maior do que a obtida na Austrália e em São Paulo com populações de um status socioeconômico mais alto do que o da nossa população^{31,41}. Por outro lado, nossa estimativa foi menor do que a encontrada em Bambuí, cidade rural e de baixo status socioeconômico⁴³, possivelmente com menos acesso a bens de consumo e a serviços de saúde do que a população de baixa renda de São Paulo.

As diferenças no status socioeconômico das populações estudadas também poderiam justificar a nossa alta prevalência de sintomas depressivos em relação aos demais estudos, inclusive em relação àqueles que utilizaram o GMS. Nesse sentido, nossa estimativa se aproxima mais daquelas obtidas por meio do GMS em Taiwan (21,3%)⁶⁰ e nos Emirados Árabes Unidos (20,2%)⁵⁴ do que as obtidas em países mais desenvolvidos, como Holanda (12,9%), Inglaterra (10,0%) e Canadá (11,2%)^{39,55,56}.

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

No presente estudo, tanto depressão quanto sintomas depressivos estiveram diretamente associados à faixa etária, e inversamente associados com escolaridade e

renda. Esses achados replicam o que mais frequentemente tem sido encontrado na literatura^{21,25,30,34,38,40,46,48,50,51,59,60,63,64,66,69}.

Por outro lado, foi encontrada associação entre sintomas depressivos e gênero feminino na proporção aproximada de duas mulheres afetadas para cada homem, mas não a encontramos para depressão de acordo com a CID-10, embora seja classicamente descrita na literatura para adultos jovens⁷³ e idosos^{21,29,30,32,36,38,40}. Considerando os idosos que tomavam antidepressivos como portadores de depressão (CID-10), a associação entre depressão e gênero feminino foi encontrada na proporção aproximada de 2:1. Isso poderia ser explicado pelo fato de que as mulheres tradicionalmente buscam mais os serviços de saúde do que os homens⁸⁴ e, portanto, teriam uma chance maior de estarem fazendo tratamento para depressão^{28,32}, o que justificaria o fato de não termos encontrado associação entre depressão pela CID-10 e gênero feminino nas análises originais.

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E SUPORTE SOCIAL

Dentre as medidas de suporte social investigadas, ter um companheiro esteve associado com uma menor prevalência de sintomas depressivos e síndromes depressivas, mas não de depressão pela CID-10. No entanto, os resultados da análise multivariada mostraram que a associação entre sintomas depressivos e síndromes depressivas e situação conjugal foi confundida por gênero e idade, desaparecendo após o ajuste. De fato, na nossa amostra existe uma maior proporção de idosos do

sexo masculino e mais jovens vivendo com companheiros do que mulheres e indivíduos mais velhos. Embora esses achados sejam em parte sustentados pela literatura^{30,50,63}, outras medidas de suporte social como viver sozinho e frequência de contato com parentes, amigos e vizinhos também não estiveram associados com depressão, sintomas depressivos ou síndromes depressivas. Alguns autores têm sugerido que o impacto do suporte social na prevalência de quadros depressivos em comunidades mais integradas, como ocorreria em países de origem latina, seria menor do que o impacto naquelas menos integradas, como as de países anglo-saxões⁶². Neste sentido, os achados do presente estudo poderiam ser explicados pelo fato de que as comunidades estudadas são bastante integradas, tanto por conta do compartilhamento de condições de vida adversas, promovendo um senso de cooperação mútua, quanto por conta da distribuição física dos domicílios, muitos dos quais são localizados em favelas, com limites entre as moradias muitas vezes imprecisos.

Nas análises de sensibilidade, viver sozinho e frequência de contato com vizinhos passaram a apresentar associação inversa com quadros depressivos quando todos os idosos excluídos foram considerados como “casos”. Lembrando que esses idosos foram excluídos por conta de incapacitações graves, grande parte era constituída por idosos acamados e dependentes de um familiar. Portanto, tinham uma probabilidade muito menor de viverem sozinhos ou de terem contatos sociais frequentes. Ao serem considerados como “casos”, essas medidas de suporte social apareceram como fatores “protetores” contra quadros depressivos.

5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E MORBIDADE FÍSICA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

O padrão de associação entre depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas com morbidade física e limitação funcional associada foi bastante semelhante. No entanto, embora a inspeção visual dos dados (Tabela 8) mostrasse nítida tendência ao aumento da prevalência de depressão de acordo com o nível de limitação funcional causado por artrite; e da prevalência sintomas depressivos de acordo com o nível de limitação funcional promovida por crises convulsivas, o teste de tendência linear não mostrou significância estatística. Entretanto, a amostra pode não ter tido poder estatístico suficiente para detectar essa associação, pois a prevalência de depressão no primeiro caso, e de crises convulsivas no segundo, eram baixas. Além disso, nas análises de sensibilidade, quando idosos que tomavam antidepressivos foram considerados como “casos” de depressão, a associação com artrite passou a ser estatisticamente significativa, provavelmente porque aumentou o poder estatístico da amostra para detectar essa associação ao aumentar a prevalência de depressão.

A medida de limitação funcional utilizada no presente estudo baseou-se no grau de interferência dos problemas de saúde com as atividades do dia-a-dia, que também foi agrupado num escore geral de limitação funcional. Os resultados mostraram que quanto maior a percepção subjetiva da limitação funcional causada por determinado problema de saúde, maior será a prevalência de depressão, sintomas

depressivos e síndromes depressivas. Estudos conduzidos no Canadá e no Brasil também usaram medidas subjetivas e mostraram resultados semelhantes^{21,25}.

Em relação a doenças físicas, uma forte associação entre depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas com número de morbidades físicas foi detectada, assim como em outros estudos^{4,21,25,38,48,51,55,69}.

Examinando-se as associações entre nossos desfechos e número de morbidades físicas e nível de limitação funcional, encontrou-se também que a força das associações é maior entre idosos com depressão do que entre idosos com sintomas depressivos ou síndromes depressivas, sugerindo uma associação entre a gravidade do quadro depressivo e o número de morbidades físicas e nível da limitação funcional.

Por outro lado, idosos com quadros depressivos podem, mais do que os controles, ter relatado a presença de morbidades físicas ou, principalmente, ter superestimado o grau de interferência que estas impunham ao seu dia-a-dia, em consequência das alterações de humor e de pensamento relacionadas aos sintomas depressivos, superestimando a associação entre doenças físicas e limitação funcional e quadros depressivos (viés de informação).

No entanto, alguns autores têm argumentado que indivíduos com quadros depressivos poderiam relatar seus problemas de saúde e avaliar fidedignamente seu estado funcional independente de gênero, idade, nível educacional, presença de comorbidades e grau de incapacidade física^{98,99}. Além disso, as vantagens de medidas mais objetivas de limitação funcional ainda não estariam bem estabelecidas^{8,83}.

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E SÍNDROMES DEPRESSIVAS E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O padrão de associação encontrado para depressão, sintomas depressivos e síndromes depressivas com uso de serviços de saúde foi bastante similar. As associações mais fortes foram com consultas com médicos de serviços públicos hospitalares e internação hospitalar, a associação com consultas médicas na atenção primária apresentou baixos níveis de significância estatística e não houve associação com consultas com médicos de serviços particulares. A associação entre síndromes depressivas e consultas com médicos de serviços hospitalares públicos e internação não foram modificadas após ajuste para características sociodemográficas, mas a associação com consultas com médicos da atenção primária perdeu significância estatística, sobretudo quando a variável renda foi incluída no modelo. Essa associação mais frágil com uso de serviço médico da atenção primária pode ter ocorrido porque os idosos normalmente utilizam mais os serviços de saúde independente de terem ou não depressão⁸⁵, e o nosso estudo foi conduzido principalmente em áreas assistidas pelo Programa Saúde da Família, que pode ter facilitado o acesso ao serviço de atenção primária.

Nas análises de sensibilidade, quando idosos que utilizavam antidepressivos foram reclassificados como “caso” de depressão pela CID-10, passou a haver uma associação entre consultas médicas particulares e depressão, mas não com sintomas depressivos ou síndromes depressivas. Esse resultado pode sugerir que idosos que frequentavam serviços médicos privados tinham uma chance maior de terem seu quadro depressivo identificado e tratado. Nesse sentido, um estudo canadense

mostrou que idosos de status socioeconômico mais alto tinham mais acesso a serviços e a tratamento de saúde mental²⁸. No entanto, não se tem a informação sobre para qual finalidade esses idosos recebiam antidepressivos.

A propósito, a parcela de idosos com depressão e sintomas depressivos que relataram uso de antidepressivo foi inferior a 10%, ao passo que 2% dos idosos sem depressão ou sintomas depressivos faziam uso de antidepressivos. Estes poderiam ter tido um quadro depressivo e haviam se recuperado ou estavam tomando a medicação para outras indicações, como quadros de ansiedade ou dor³². Essa baixa taxa de prescrição de antidepressivos levanta questões sobre o nível de identificação e de tratamento de idosos com depressão nessa população. Um estudo anterior do SPAH mostrou que a taxa de identificação e de tratamento com antidepressivo de depressão segundo a CID-10 nesses idosos é de cerca de 5%²².

Esses achados indicam que tanto os idosos com sintomas depressivos mais graves, que preenchem os critérios da CID-10, quanto aqueles com sintomas depressivos mais leves, utilizam mais os serviços de saúde públicos ambulatoriais e de internação hospitalar do que idosos sem sintomas depressivos.

5.7 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Até onde se sabe, este foi o primeiro estudo a investigar a presença de depressão de acordo com os critérios da CID-10 e de sintomas depressivos utilizando uma entrevista estruturada em uma amostra significativa de idosos residentes em

áreas economicamente desfavorecidas da cidade de São Paulo, com uma alta taxa de participação (91,4%). Também é o primeiro estudo brasileiro a utilizar o GMS para compor os sintomas depressivos que constituem os critérios de episódio depressivo da CID-10 e para estimar a prevalência de sintomas depressivos. O GMS é uma entrevista altamente estruturada, especificamente desenvolvida para a população idosa e que requer um julgamento clínico pelo entrevistador⁷⁰, que no caso do presente estudo, foram profissionais de saúde mental treinados, aumentando a confiabilidade da avaliação. Este estudo também é pioneiro na investigação mais abrangente do impacto de quadros depressivos na utilização de serviços gerais de saúde em uma amostra exclusivamente de idosos residentes na comunidade.

Entretanto, este estudo também possui algumas limitações. Os idosos institucionalizados não foram incluídos no estudo e os idosos elegíveis com grande limitação funcional foram excluídos da amostra final, o que poderia ter contribuído para uma subestimação da prevalência de depressão e de sintomas depressivos nas comunidades estudadas, visto que a prevalência de quadros depressivos em idosos institucionalizados e com grandes limitação funcional é alta¹⁹. Em relação aos idosos excluídos por incapacitação grave, as análises de sensibilidade mostraram poucas modificações importantes quando esses idosos foram considerados como “caso”. Assim, se todos os idosos excluídos fossem considerados como “caso” de depressão ou de sintomas depressivos, a prevalência de depressão de acordo com a CID-10 passaria de 4,9% para 7,1% e a prevalência de sintomas depressivos passaria de 27,1% para 28,8%.

O fato de a amostra ter sido selecionada em uma região específica e de baixa renda da cidade de São Paulo pode levantar questões referentes a sua

representatividade. No entanto, os indicadores socioeconômicos e de educação da nossa amostra são bastante semelhantes aos da população idosa brasileira, indicando que nossos achados podem ser representativos^{100,101}.

As razões de prevalência das associações entre as exposições, sintomas depressivos e síndromes depressivas, que foram estimadas por meio de razão de chances (“*odds ratio*”), podem estar superestimadas. Alguns autores têm mostrado que para desfechos de alta prevalência, como sintomas depressivos e síndromes depressivas, a razão de chances obtidas pela regressão logística pode superestimar as razões de prevalência¹⁰². No entanto, estimamos as razões de prevalência por meio da razão de chances para preservar a comparabilidade com outros estudos, que habitualmente utilizam essa forma de estimar a razão de prevalência.

Nós não investigamos se a associação entre uso de serviços de saúde e quadros depressivos foi confundida por indicadores de saúde física, como comorbidades e nível de limitação funcional, que são um dos principais fatores para a utilização de serviços de saúde⁸⁵. Assim, nossas razões de prevalência da associação entre uso de serviços e quadros depressivos podem estar superestimadas. No entanto, escolhemos ajustar todas as nossas análises apenas para características sociodemográficas porque queríamos descrever o impacto dos quadros depressivos em idosos residentes na comunidade e no sistema de saúde, mais do que definir associações independentes. Além disso, por ser um estudo de corte transversal, em que exposições e desfechos foram avaliados simultaneamente, a possibilidade de causalidade reversa não pode ser descartada nas associações encontradas.

5.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos achados indicam a alta prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de idosos brasileiros. Aproximadamente um em cada quatro apresenta sintomas depressivos que requerem algum tipo de intervenção. Esses sintomas acometem principalmente idosos mais vulneráveis, como os mais velhos, de baixo status socioeconômico e com pior saúde física. No entanto, embora utilizem mais os serviços de saúde, esses idosos podem não ter seus sintomas depressivos identificados e tratados. Nesse sentido, aponta-se a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de saúde mental para idosos, sobretudo para os mais vulneráveis, para a identificação e tratamento dos transtornos mentais, particularmente de quadros depressivos, cujo impacto mostrou-se significativo nesta amostra da população.

6 CONCLUSÕES

Em idosos residentes em comunidades carentes de São Paulo, a prevalência de depressão de acordo com os critérios da CID-10 foi cerca de 5%, a prevalência de sintomas depressivos que requerem algum tipo de intervenção foi cerca de 27% e a prevalência de síndromes depressivas foi cerca de 28%. As síndromes depressivas são mais comuns em mulheres, em idosos mais velhos, com status socioeconômico mais baixo, com maior número de comorbidades físicas e com maior nível de limitação funcional, e estão associadas a uma maior utilização de serviços públicos de saúde.

Nosso estudo também mostrou que o padrão de fatores de risco e de uso de serviços de saúde para sintomas depressivos é muito similar ao padrão encontrado para depressões mais graves, indicando o impacto significativo que sintomas depressivos podem ter no sistema de saúde, porque são cinco vezes mais prevalentes do que a depressão segundo os critérios da CID-10.

7 ANEXOS

ANEXO A – QUESTÕES DO GERIATRIC MENTAL STATUS (GMS) E DO INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI) QUE COMPÕEM OS CRITÉRIOS DA CID-10 PARA DEPRESSÃO

SINTOMAS PRINCIPAIS

PELO MENOS 2 CRITÉRIOS DOS 3 ABAIXO:

1. HUMOR DEPRESSIVO

Para preencher o critério, as duas questões abaixo devem estar presentes:

GMS q24.2 Depressão, chorar ou se sentir como se estivesse chorando está presente a maior parte do tempo.

GMS q243 Presente por pelo menos duas semanas contínuas no último mês.

OU

NPI q4. Informante acha que “o idoso agiu como ele se estivesse triste ou de baixo astral ou chorou” numa intensidade moderada ou grave no último mês.

2. ANEDONIA

GMS q115.3 Perda de interesse ou satisfação na maioria dos dias por pelo menos duas semanas no último mês.

3. FADIGA

GMS q72.2 Falta de energia ou restrição subjetiva de energia presente a maioria dos dias por pelo menos duas semanas no último mês.

SINTOMAS SECUNDÁRIOS

PELO MENOS 1 OU 2 CRITÉRIOS DOS 7 ABAIXO:

4. PERDA DA CONFIANÇA/AUTOESTIMA

GMS q644 Perda de confiança em si mesmo. **OU**

GMS q104.3 Sente-se sem valor ou culpa grave a maior parte dos dias por pelo menos duas semanas.

5. CULPA

GMS q104.3 Sente-se sem valor ou culpa grave a maior parte dos dias por pelo menos duas semanas. **OU**

GMS q104.4 Sentimento de ser sem valor ou culpa de intensidade delirante.

6. PENSAMENTO

GMS q31.1 Sentiu vontade de se suicidar ou desejou estar morto no último mês.

7. CONCENTRAÇÃO

GMS q64.2 Um sentimento de pensamento confuso ou indecisão tem estado presente na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas. **OU**

GMS q118.2 Dificuldade com algum tipo de concentração na maioria dos dias por pelo menos duas semanas.

8. RETARDO PSICOMOTOR

GMS Item observacional 78.1 Muito lento em todos os movimentos. **OU**

GMS Item observacional 159.1 Idem, mas para idosos que não responderam o GMS. **OU**

GMS Item observacional 175.4 Fala muito lenta. Pausas distintas entre as palavras.

9. SONO

GMS q54.4 Insônia marcada na maioria das noites por pelo menos duas semanas no último mês. **OU**

GMS q54.5 Dorme excessivamente a maioria das noites por pelo menos duas semanas no último mês.

10. APETITE

GMS q52.2 Apetite pobre presente na maior parte dos dias por pelo menos duas semanas no último mês. **OU**

GMS q52.3 Apetite aumentado presente na maior parte dos dias por pelo menos duas semanas no último mês. **OU**

GMS q53.2 Perdeu 4.5 Kg ou mais no último mês. **OU**

GMS q53.3 Ganhou 4.5Kg ou mais no último mês.

EXEMPLOS DE QUESTÕES:**DEPRESSÃO (GMS)**

24. A depressão/chorar/se sentir como se estivesse chorando está presente a maior parte do tempo? Quanto isto dura? (apenas algumas horas cada vez ou mais do que isto?) Por quanto tempo o sr/sra tem se sentido assim?

24.1 Depressão, chorar ou se sentir como se estivesse chorando dura mais do que algumas horas ocasionais 0 1 8 9

24.2 Depressão, chorar ou se sentir como se estivesse chorando está presente a maior parte do tempo 0 1 8 9

24.3 Presente por pelo menos duas semanas contínuas no último mês (estabeleça qual parte do mês para comparação com outros sintomas). 0 1 8 9

0 = Não ou ausente; 1 = Sim ou presente; 8 = Não sabe; 9 = Não se aplica

DEPRESSÃO OU DISFORIA (NPI)

NPI.4. O idoso age como se ele estivesse triste ou de baixo astral? Ele chora?

0 = Não 1 = Sim

NPI.4.1 O quanto isto afeta o idoso?

1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 - SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:.....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO..... Nº..... APTO:
- BAIRRO:..... CIDADE.....
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL.....
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº..... APTO:;
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **A epidemiologia da demência e doença de Alzheimer em populações miscigenadas no Brasil e em Cuba**
- PESQUISADOR: Paulo Rossi Menezes
- CARGO/FUNÇÃO: **professor doutor** INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 43.248
- UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
- RISCO BAIXO RISCO MAIOR
- (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 anos

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

Demência é um problema que afeta principalmente pessoas idosas, e causa problemas com a memória, concentração e atividades da vida diária. O número de idosos em países como o Brasil está aumentando rapidamente, mas ainda se sabe pouco sobre quantas pessoas são afetadas pela doença, quais as causas da doença e como ela afeta a vida das pessoas com a doença e suas famílias.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

Será realizada uma entrevista com perguntas sobre sua saúde e experiências de vida pelas quais o Sr. (Sra.) tem passado. Essa entrevista durará cerca de 90 minutos. Posteriormente, um(a) enfermeiro(a) virá retirar uma amostra de sangue do Sr. (Sra.), e checar seu peso, altura e pressão arterial. Também gostaríamos de entrevistar um familiar ou amigo do Sr. (Sra.) que o(a) conheça bem, por cerca de uma hora. Às vezes as informações de outras pessoas são úteis para saber como está a vida de uma pessoa idosa. O sangue será usado para investigar genes que possam aumentar a chance das pessoas terem demência. Como esse tipo de exame não ajuda a saber se o Sr. (Sra.) ou seus familiares irão ter a doença, os resultados serão confidenciais e não poderemos dar informação sobre os mesmos.

3. Desconfortos e riscos esperados:

Não há riscos relacionados aos procedimentos do estudo. A retirada do sangue é simples como qualquer exame de sangue.

4. Benefícios que poderão ser obtidos:

Não há benefícios imediatos para quem participar do estudo. Esperamos que essa pesquisa possa gerar conhecimentos úteis para pessoas com demência e seus familiares no futuro. Estaremos à disposição para discutir sua avaliação com o Sr. (Sra.), se o Sr. (Sra.) assim o desejar.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

Não se aplica

**IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE
GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. **SIM**
 2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. **SIM**
 3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. **SIM**
 4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. **SIM**
 5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa. **NÃO SE APLICA**
-

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO
ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS
CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS**

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes ou Dra. Marcia Scazufca

Hospital Universitário USP EPIDEMIOLOGIA

Av. Profº Lineu Prestes, 2565 Sala 08 3º andar Cep 05508-900 Tel: 3039-9241

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455. CEP 01246-903. Tel: 3066-7089

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 20

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

8 REFERÊNCIAS

1. Organizações das Nações Unidas. *World population prospects: the 2004 revision*. Nova York: ONU; 2004 [citado 3 maio 2009]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_final_revised.pdf.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
3. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. The aging of the world population: a new challenge. *Rev Saude Publica*. 1987; 21(3): 200-10.
4. Lee Y, Choi K, Lee YK. Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology*. 2001; 47(5): 254-62.
5. 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): M505-09.
6. Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the cardiovascular health study. *Arch Intern Med*. 2000; 160(12): 1761-8.
7. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 386-92.
8. Bruce ML. Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9(2): 102-12.
9. Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, De Beurs E, Geerling SW, Van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(1): 20-7.
10. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age: the gospel oak project V. *Psychol Med*. 1997; 27(2): 311-21.

11. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T, Matsubayashi K. Depression in Japanese community-dwelling elderly: prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004; 39(1): 15-23.
12. Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Tilburg WV. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med.* 1997; 27(6): 1397-409.
13. Scazufca M, Menezes PR, Almeida OP. Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(9): 416-22.
14. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(9): 897-903.
15. Fischer LR, Wei F, Rolnick SJ, Jackson JM, Rush WA, Garrard JM, Nitz NM, Luepke LJ. Geriatric depression, antidepressant treatment, and healthcare utilization in a health maintenance organization. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(2): 307-12.
16. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.* Genebra: OMS; 1992.
17. Associação Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais.* 4a ed. Washington (DC): APA; 1994.
18. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005; 365(9475): 1961-70.
19. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003; 58(3): 249-65.
20. Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, De Beurs E, Braam AW, Penninx BWJH, Van Tilburg W. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59(7): 605-11.
21. Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: the Canadian study of health and aging. *Chronic Dis Can.* 2005; 26(4): 93-9.
22. Scazufca M, Crepaldi AL, Rössler W, Menezes PR. Detection and treatment of dementia and depression among older adults in Family Health Strategy programmes: The case of Brazil. *Bull World Health Organ.* Submetido para publicação 2009.

23. Unützer J, Katon W, Sullivan M, Miranda J. Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q.* 1999; 77(2): 225-56.
24. Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R, Santos-Eggimann B. Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2008; 105(1-3): 247-52.
25. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007; 15(9): 790-799.
26. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Med Care.* 2004; 42(6): 512-21.
27. Copeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med.* 1986; 16(1): 89-99.
28. Cole MG, McCusker J, Sewitch M, Ciampi A, Dyachenko A. Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *Int Psychogeriatr.* 2008; 20(3): 554-70.
29. Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan study of ageing: a community-based survey. *Lancet.* 2007; 370(9591): 957-64.
30. Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychol Med.* 2004; 34(4): 623-34.
31. Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *J Affect Disord.* 2003; 75(2): 155-62.
32. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JC. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57(6): 601-07.
33. Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, Van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord.* 1995; 36(1-2): 65-75.
34. Chen CS, Chong MY, Tsang HY. Clinically significant non-major depression in a community-dwelling elderly population: epidemiological findings. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 22(6): 557-62.

35. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population: the Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(6): 497-506.
36. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M, Mann A, Dupuy A, Malafosse A, Boulenger J. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 147-52.
37. Päivärinta A, Verkkoniemi A, Niinistö L, Kivelä SL, Sulkava R. The prevalence and associates of depressive disorders in the oldest-old Finns. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(7): 352-9.
38. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, Chen HM, Lin CH, Wang PN, Yang YY, Larson EB, Chou P, Liu HC. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychol Med*. 1997; 27(4): 943-9.
39. Newman SC, Sheldon CT, Bland RC. Prevalence of depression in an elderly community sample: a comparison of GMS-AGECAT and DSM-IV diagnostic criteria. *Psychol Med*. 1998; 28(6): 1339-45.
40. Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: a population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr*. 1996; 8(3): 437-43.
41. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(7): 316-25.
42. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104(4): 257-63.
43. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of international classification of diseases, 10th revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: the Bambuí health ageing study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15(1): 17-27.
44. Xavier FMF, Ferraza MPT, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002; 17(2): 107-16.
45. Baiyewu O, Smith-Gamble V, Lane KA, Gureje O, Gao S, Ogunniyi A, Unverzagt FW, Hall KS, Hendrie HC. Prevalence estimates of depression in elderly community-dwelling African Americans in Indianapolis and Yoruba in Ibadan, Nigeria. *Int Psychogeriatr*. 2007; 19(4): 679-89.

46. Al-Shammari SA, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(9): 739-47.
47. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin america and the Caribbean. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62(4): S226-36.
48. Chiu H, Chen C, Huang C, Mau L. Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparison of urban and rural elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(7): 635-44.
49. Chou K, Chi I. Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(1): 41-50.
50. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Luppá M, Wiese B, Mösch E, Bickel H, German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008; 111(2-3): 153-63.
51. Torija JRU, Mayor JMF, Salazar MPG, Buisán LT, Fernández RMT. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2007; 21(1): 37-42.
52. Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, Van Tilburg W, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord*. 2004; 78(3): 193-200.
53. Chuan SK, Kumar R, Matthew N, Heok KE, Pin NT. Subsyndromal depression in old age: clinical significance and impact in a multi-ethnic community sample of elderly Singaporeans. *Int Psychogeriatr*. 2008; 20(1): 188-200.
54. Ghubash R, El-Rufaie O, Zoubeidi T, Al-Shboul QM, Sabri SM. Profile of mental disorders among the elderly United Arab Emirates population: sociodemographic correlates. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19(4): 344-51.
55. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, Van Tilburg W. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18(11): 994-1001.
56. Wilson KC, Chen R, Taylor S, McCracken CF, Copeland JR. Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents: the MRC-ALPHA study. *Br J Psychiatry*. 1999; 175: 549-53.

57. Kirby M, Bruce I, Radic A, Coakley D, Lawlor BA. Mental disorders among the community-dwelling elderly in Dublin. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 369-72.
58. Chen R, Hu Z, Qin X, Xu X, Copeland JR. A community-based study of depression in older people in Hefei, China - the GMS-AGECAT prevalence, case-validation and socio-economic correlates. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19(5): 407-13.
59. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, Hooijer C, Lawlor BA, Kivela S, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, De Vries MW, Wilson KCM. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004; 3(1): 45-9.
60. Chong MY, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CC, Yeh TL, Lee YH, Lo HY. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*. 2001; 178(1): 29-35.
61. McCracken, CF, Boneham MA, Copeland JR, Williams KE, Wilson K, Scott A, McKibbin P, Cleave N. Prevalence of dementia and depression among elderly people in black and ethnic minorities. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 269-73.
62. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002; 57(3): M155-61.
63. Swenson CJ, Baxter J, Shetterly SM, Scarbro SL, Hamman RF. Depressive symptoms in Hispanic and non-Hispanic White rural elderly: the San Luis Valley Health and Aging Study. *Am J Epidemiol*. 2000; 152(11): 1048-55.
64. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist*. 2001; 41(3): 357-65.
65. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C, Bula C, Reischies F, Wancata J, Ritchie K, Tzolaki M, Mateos R, Prince M. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 393-401.
66. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S, Sekita Y, Yamadori A. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(8): 780-8.

67. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalence and associated factors of depressive symptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55(1): 26-33.
68. Ramos-Cerqueira ATA. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.* Brasília: OPAS/MS; 2003. p.143-65.
69. Carvalhais SMM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA, Castro-Costa E, Uchoa E. The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Int J Soc Psychiatry.* 2008; 54(5): 447-56.
70. Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1994; 9: 285-95.
71. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry.* 1999; 174: 307-11.
72. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: the gospel oak project VI. *Psychol.Med.* 1997; 27(2): 323-32.
73. Cuijpers P, De Graaf R, Van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord.* 2004; 79(1-3): 71-9.
74. Sonnenberg CM, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 101(4): 286-92.
75. Zunzunegui MV, Béland F, Llácer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33(5): 195-205.
76. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(5): 372-87.
77. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24 (Suppl I): 42-7.
78. Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychol Med.* 1998; 28(6): 1321-8.
79. Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biol Psychiatry.* 2005; 58(4): 265-71.

80. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003; 157(2): 98-112.
81. Ramos M, Wilmoth J. Social relationships and depressive symptoms among older adults in southern Brazil. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003; 58(4): S253-61.
82. Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry*. 2002; 52(3): 226-35.
83. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008; 21(3): 183-97.
84. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilizacion de los servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Publica*. 2001; 17(4): 819-32.
85. Koopmans GT, Donker MCH, Rutten FHH. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111(5): 341-50.
86. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, Blazer DG, Katz IR, Meyers BS, Arean PA, Borson S, Brown C, Bruce ML, Callahan CM, Charlson ME, Conwell Y, Cuthbert BN, Devanand DP, Gibson MJ, Gottlieb GL, Krishnan KR, Laden SK, Lyketsos CG, Mulsant BH, Niederehe G, Olin JT, Oslin DW, Pearson J, Persky T, Pollock BG, Raetzman S, Reynolds M, Salzman C, Schulz R, Schwenk TL, Scolnick E, Unutzer J, Weissman MM, Young RC. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(7): 664-72.
87. Schmitz N, Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(8): 380-6.
88. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res*. 1999; 47(2): 115-30.
89. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*. 1997; 278(14): 1186-90.

90. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LFF, Wang Y. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(1): 45-53.
91. Menchetti M, Cevenini N, Ronchi DD, Quartesan R, Berardi D. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(2): 119-24.
92. São Paulo (Município). Secretaria do Governo Municipal. *Sumário de dados 2004*. São Paulo: SGM; 2004 [citado 30 maio 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados.
93. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders P. The epidemiology of dementia: GMS-AGECAT studies of prevalence and incidence, including studies in progress. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1991; 240(4-5): 212-7.
94. Prince M, Acosta D, Chiu H, Copeland J, Dewey M, Scazufca M, Varghese M, 10/66 Dementia Research Group. Effects of education and culture on the validity of the Geriatric Mental State and its AGE-CAT algorithm. *Br J Psychiatry*. 2004; 185: 429-36.
95. Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay AJ, Gurland BJ, Fleiss JL, Sharpe L. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychol Med*. 1976; 6(3): 439-49.
96. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997; 48(5 Suppl 6): S10-6.
97. Duke University Center for Study of Aging and Human Development. *Multidimensional Functional Assessment: the OARS methodology*. Duke, NC: Duke University; 1978.
98. Kehoe R, Wu SY, Leske MC, Chylack LT. Comparing self-reported and physician-reported medical history. *Am J Epidemiol*. 1994; 139(8): 813-8.
99. Simpson CF, Boyd CM, Carlson MC, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(1): 123-7.
100. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2000 Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado 5 maio 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov/censo2000>.
101. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

102. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.

APÊNDICE

ICD-10 DEPRESSION, SUBTHRESHOLD DEPRESSION AND USE OF HEALTH SERVICES: RESULTS FROM SÃO PAULO AGEING & HEALTH STUDY (SPAH)

Authors: André L. Crepaldi¹, Dr. Marcia Scazufca^{2*}, Dr. Paulo R. Menezes³

1. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.
2. Department & Institute of Psychiatry, Laboratory of Psychopathology and Psychiatric Therapeutics (LIM-23), Faculty of Medicine, University of São Paulo; Centro de Estudos do Hospital João Evangelista, São Paulo, Brazil.
3. Department of Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Sao Paulo.

ABSTRACT

Background: Depressive syndromes are associated with increased use of health services among older adults, but whether those with subthreshold depression have a different pattern of use of health services compared to those with ICD-10 depression remains unclear.

Method: The present study is part of the SPAH, a population-based study that investigated the epidemiology of mental disorders in 2,072 community-dwelling elderly from economically disadvantaged areas of São Paulo, Brazil. ICD-10 depression and subthreshold depression were assessed with the Geriatric Mental State and the Neuropsychiatric Inventory using the protocol developed by the 10/66 Dementia Research Group. Information on health services and medication use was collected with a standardized questionnaire.

Results: Mild depression was approximately four times more prevalent than severe depression. Older adults with ICD-10 depression and subthreshold depression used health services and medication more frequently than those without depression. Association of use of health services and both types of depression were independent of enabling and predisposing factors, but only the association between ICD-10 depression and hospital admission was independent of need-for-care factors.

Conclusion: From the public health perspective, the impact of subthreshold depression on health services and medication use is extremely relevant, given that approximately one fourth of the population presented depressive symptoms likely to require clinical treatment. Further studies are necessary to investigate whether interventions aimed to improve levels of recognition and treatment of depression syndromes, particularly those that do not fulfill ICD-10 diagnostic criteria, can produce a positive impact on depression outcomes and consequently decrease the use of health services and medication.

INTRODUCTION

Fast aging of the world population, particularly of those living in low and middle income countries (LAMIC) such as Brazil, have included in the nations' health agenda the needs of care of older adults, who require more complex and costly health services, imposing a significant economic burden to health systems¹.

Mental disorders in older adults, particularly depression, have been implicated as an important factor for increased use of health services and medical costs²⁻⁴. Despite of greater use of health services by older adults with depression compared to those without depression, they do not have more access to preventive services⁵ or a better control of ambulatory care sensitive conditions, such as diabetes, hypertension, asthma and congestive heart failure,

what increases the risk of hospitalization for elderly such conditions⁶. In addition, presentation of depressive symptoms as physical complaints by older adults, limited time for consultations and lack of skills of health professionals difficult the recognition and treatment of depression in primary care services⁷, contributing to unnecessary drug prescriptions and diagnostic procedures, rising health expenditures^{3,4}.

Subthreshold depressive syndromes and more severe forms of depression can be compared in terms of their negative impact on older adults' quality of life, level of disability, poor prognosis and increased medical costs^{3,8-11}. However there are few studies, especially in LAMIC, that investigated whether the impact of subthreshold depression on use of health services is comparable to more severe forms of depression^{3,12}.

The aim of this report is to investigate the pattern of health services and medication use by community-dwelling older adults with ICD-10 depression, subthreshold depression and individuals without depression. We expect to find an excess of use of health services among both depression groups compared to participants without depression. In addition, we expected to find a similar pattern of use of health services among older adults with ICD-10 depression and subthreshold depression, given that in general depressive symptoms are related to worse self-perceived health, physical symptoms amplification and worse adherence to prescriptions and treatments, affecting levels of use of health services⁶. Also, we will examine if depression and subthreshold depression are associated with health services and medication use independently of characteristics known to influence use of health services and medication such as predisposing, enabling and need-for-care factors^{13,14}.

METHODS

STUDY DESIGN AND SAMPLE

This report is based on data from the São Paulo Ageing & Health study (SPAH). Full details regarding the study population, assessments and procedures have been previously reported^{15,16}. Briefly, eligible participants were older adults aged 65 and older living in 66 pre-defined census sectors (the smallest administrative areas) of the borough of Butantã, in the city of São Paulo, Brazil. The selected census sectors have the lowest Human Development Index in the borough¹⁷, and included several shanty-towns. Participants were recruited through systematic door-knocking of all households in the defined area. Of 2,266 older adults invited, 2,072 (91.4%) consented to participate in the study and were interviewed with a protocol developed by the 10/66 Dementia Research Group¹⁸.

MEASUREMENTS

OUTCOME VARIABLES

We used the 10/66 Dementia Research Group protocol to assess depressive syndromes¹⁸. Depression was diagnosed according to the International Disease Classification, 10th edition (ICD-10)¹⁹ and was based on items of the Geriatric Mental State (GMS)²⁰ and the Neuropsychiatric Inventory²¹. The GMS is a semi-structured assessment of mental disorders among older adults²⁰. It was validated in both developed and developing settings, including São Paulo, Brazil²².

The following questions of the GMS were used to assess the ICD-10 depression: presence of depressive humor, anhedonia, fatigue, psychomotor retard, reduced attention and concentration, reduced self-confidence and self-esteem, ideas of guilt and worthiness, ideas or act of self-harm or suicide, diminished appetite and sleep disturbances. To score a symptom as present, it must be pervasive, cause subjective suffering and be present for at least two weeks in the last month. The Neuropsychiatric Inventory (NPI) is an instrument applied to informants of older adults to investigate the presence of one-month psychological and behavioral disturbances²¹. All symptoms but depressive humor were investigated exclusively with the GMS. The GMS and the NPI were used to investigate the presence of depressive humor, since the ICD-10 depression criteria state that this symptom may be reported by the subject or by an informant.

Presence of subthreshold depression was based on the stage one diagnosis of depression generated by the GMS algorithm, the Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGECAT)²³. The AGECAT stage 1 diagnosis groups symptoms in eight diagnostic clusters: organic syndrome, schizophrenia, mania, depression, obsession, phobia, hypochondria and anxiety. For each cluster is attributed a “level of confidence” based on clinical judgment and it varies between zero and five. Individuals with “level of confidence” of three or more are considered as “cases” because are likely to need some kind of clinical intervention. Subjects classified as ICD-10 depression were excluded from the subthreshold depression group.

EXPOSURE VARIABLES

Information on socio demographic characteristics (gender, age, formal education and monthly familiar income) and social support (marital status, living alone and satisfaction with support provided by friends) were collected using a standardized questionnaire. Self-

reported morbidity and associated functional impairment was assessed using a list with eleven health problems: arthritis, visual impairment, hearing impairment, persistent cough, respiratory problems, hypertension, heart problems, digestive problems, faint, limbs weakness or paralysis, skin diseases²⁴. Participants were asked if they had each of these health problems, and if the problems were associated with functional impairment. Thus, for each response was attributed a score: 0 = do not have the problem; 1 = have the problem, but it is not associated with functional impairment; 2 = have the problem, and it associated with mild functional impairment; and 3 = have the problem, and it is associated with severe functional impairment. A total score of self-reported morbidity and associated functional impairment was generated by summing up the scores of the 11 questions (possible range from 0 to 33).

HEALTH SERVICES AND MEDICATION USE

We used a standardized questionnaire to collect information on use of general health service and medication. The use of outpatient services included all consultations with doctors from primary care services and specialized public and private services. Use of inpatient services included all admissions to general hospitals. A total score for outpatient (number of consultations) was generated. Information on any prescribed or not medication used by participants was also collected. All information on use of health services and medication was related to three months prior to interview.

PROCEDURES

Research assistants were mental health professionals. They received one-month training in the use of the whole protocol. GMS training included score of video-taped interviews and pilot interviews with inpatients of one general and one psychiatric hospital under supervision of the study coordinators.

All eligible participants who consented in participate were included in the present study. For each participant, an informant was also selected. Interviews with participants and informants were performed at participant's house approximately one week after recruitment.

ETHICAL CONSIDERATIONS

Participants provided written informed consent. When participants were illiterate, the information sheet and consent form were read aloud, and verbal witnessed consent was obtained. The study received ethics approval from the Brazilian National Committee for Ethics and Research (CONEP-Brazil).

STATISTICAL ANALYSES

Age was used as a continuous variable; formal education was grouped into three categories: none, one to three years and four or more years of formal education; monthly familiar income was divided into quartiles; marital status was grouped as having or not a partner. The score of self-reported morbidity and associated functional impairment was used as a continuous variable. For the descriptive analyses the total score of outpatient use of health services was divided up into four categories, according to the number of consultations: none, one, two and three or more consultations. For the multivariable analyses the outpatient variable was dichotomized into two groups according to the median (none to one or two or more consultations).

First we compared sociodemographic and clinical characteristics of participants not assessed for depression (excluded from this study) with those included in the study. Prevalence of ICD-10 depression and subthreshold depression was calculated with its respective 95% confidence intervals. Descriptive analyses were performed for the groups of participants with ICD-10 depression, subthreshold depression, and participants without depression or subthreshold depression. Crude associations between each use of health services variable and ICD depression and subthreshold depression were obtained. Prevalence ratios with its respective 95% confidence intervals were reported. Then, we examined in separated models if the associations between use of health services variables with depression and with subthreshold depression were independent of predisposing (gender, age and formal education), enabling (marital status, living alone, satisfaction with support provided by friends and income) and need-for-care (score of impairment) factors. Three models were built for each depression type. Firstly, the use of health service outcome was included; secondly, the depression category; and thirdly the predisposing or enabling or need-for-care factors.

Cox regression with robust variance was used in the multivariable analysis because of the high prevalence of the outpatient services and medication use. In cross-sectional studies, odds ratio obtained using logistic regression may overestimate the association between outcome and exposure when the prevalence of the outcome is high. Cox regression with robust variance has been demonstrated to produce more precise estimates of prevalence ratio in these cases²⁵. All analyses were conducted utilizing the software Stata 8.0.

RESULTS

SAMPLE CHARACTERISTICS

Two thousand and twenty-four participants were included in the present study (97.7% of those included in the SPAH). Forty-eight (2.3%) were not assessed for depression, due to severe physical or mental diseases, and were excluded from the present study. One thousand two hundred and twenty eight (60.7%) participants were women, 880 (43.5%) were aged between 65 to 69 years, 1,061 (52.4%) had between one and three years of formal education and 1,045 (50.0%) had a monthly familiar income up to R\$360.00 (1 US\$=R\$ 2.17). The prevalence of ICD-10 depression was 4.9% (95% CI 4.0 – 5.9) and the prevalence of subthreshold depression was 23.1% (95% CI 21.3 – 25.0). Patients excluded from the present study were older and had more physical morbidities than those included.

HEALTH SERVICES AND MEDICATION USE

The number of outpatient consultations ranged from 0 to 24 in the three months prior to the survey, 1,439 (71.1%) participants had at least one consultation (Table 1). Use of inpatient services (hospital admission) was reported by 95 (4.7%) participants, and 1,792 (88.5%) reported the use of at least one medication. The pattern of outpatient consultations, use of inpatient services and medication increased with severity of depression. Participants with subthreshold depression used more outpatient services and medication than those without depression. The proportion of participants with three or more outpatient consultations was 41% for those with ICD-10 depression, 31% among those with subthreshold depression and 26% among participants without depression.

Use of inpatient services was 15% among participants with ICD-10 depression, 6% among those with subthreshold depression and 4% among those without depression. Medication use was reported by 96% of participants with ICD-10 depression, 92% with subthreshold depression and 87% of participants without depression (Table 1).

Table 1 – Number of outpatient consultations, use of inpatient services and medication by participants with ICD-10 depression, subthreshold depression and without depression (N=2024)

	Depression					
	ICD-10 ¹ (N=99)		Subthreshold (N=468)		No depression (N=1,457)	
	N	%	N	%	N	%
Number of outpatient consultations²						
0	15	15.3	112	24.0	453	31.2
1	26	26.5	111	23.7	377	25.9
2	17	17.4	100	21.4	245	16.8
3+	40	40.8	144	30.8	379	26.1
Use of inpatient services						
Yes	15	15.1	26	5.6	54	3.7
Use of at least one medication						
Yes	95	96.0	433	92.5	1,264	86.8
1 - ICD-10 - International Classification of Disease, 10 th Edition						
2 - Five missing values						

ASSOCIATIONS OF USE HEALTH SERVICES AND MEDICATIONS USE WITH DEPRESSION AND SUBTHRESHOLD DEPRESSION

Crude analyses showed that use of outpatient and inpatient services and medication were associated with both ICD-10 depression and subthreshold depression, but the association between hospital admission and subthreshold depression did not reach statistical significance. Older adults with ICD-10 depression were approximately four times more likely to be admitted to hospital, had 35% more outpatient consultations and used 11% more medications than participants without depression. Participants with subthreshold depression used 22% more outpatient services and 7% more medications than participants without depression (Table 2). Therefore, use of health services in older adults with depression is greater than in those with subthreshold depression.

Multivariate analyses showed that associations between ICD-10 depression and number of outpatient consultations, hospital admission and medication were not significantly changed after adjusting for predisposing (gender, age and formal education) and enabling factors

(income and social support) (Table 2). The same occurred with the association between number of outpatient consultations and medication use and subthreshold depression.

However, after adjusting for need-for-care (score of impairment) the association between both types of depression and number of outpatient consultations and medication use became weaker and lost statistical significance. On the other hand, the association between hospital admission and ICD-10 depression became weaker after adjustment for need-for-care, but kept statistical significance. Thus, after adjustment for need-for-care, older adults with depression were about two and a half times more likely than those without depression to report a hospital admission in the past three months (Table 2).

Table 2 - Prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval (95% CI) of the association of depression and subthreshold depression with three months use of health services adjusting for predisposing, enabling and needs-for-care factors

	Depressão				Subthreshold depression			
	PR Crude	PR Adjusted	PR Adjusted	PR Adjusted	PR Crude	PR Adjusted	PR Adjusted	PR Adjusted
		Predisposing ¹	Enabling ²	Need to care ³		Predisposing ¹	Enabling ²	Need-for-care ³
Outpatient services								
Above median⁴	1.34 (1.12 - 1.61)	1.31 (1.10 - 1.57)	1.35 (1.13 - 1.62)	1.05 (0.87 - 1.28)	1.22 (1.10 - 1.35)	1.18 (1.06 - 1.31)	1.23 (1.11 - 1.37)	1.08 (0.96 - 1.20)
Inpatient services								
Hospital admission	4.09 (2.39 - 6.98)	3.81 (2.21 - 6.59)	4.03 (2.33 - 6.97)	2.63 (1.43 - 4.82)	1.50 (0.95 - 2.37)	1.48 (0.91 - 2.30)	1.49 (0.93 - 2.37)	1.21 (0.73 - 2.00)
Use of medication								
Yes	1.11 (1.06 - 1.16)	1.09 (1.04 - 1.15)	1.10 (1.05 - 1.16)	1.00 (0.96 - 1.05)	1.07 (1.03 - 1.10)	1.03 (1.00 - 1.06)	1.06 (1.02 - 1.09)	1.01 (0.98 - 1.05)

1 – Adjusted for sex, age and formal education

2 – Adjusted for income and social support (live alone, marital status and satisfaction with support from friends)

3 – Adjusted for score of impairment

4 – Number of consultation with primary care doctor, hospital doctor, private doctor

DISCUSSION

We found higher levels of health services and medication use among older adults with ICD-10 depression and subthreshold depression than among those without depression, what confirm our initial hypothesis. Participants with more severe forms of depression used more health services and medication than those with mild depressive symptoms, what does not confirm our initial hypothesis.

Predisposing and enabling factors did not influence health services and medication use by both ICD-10 and subthreshold depression. On the other hand, after controlling for need-for-care, only hospital admission remained statistically associated with ICD-10 depression. Previous study conducted in Brazil with adults aged 18 and older showed that the presence of any psychiatric disorder was associated with increased general use of health services independently of needs-for care factor (general medical morbidity)²⁶.

Confounding produced by need-for-care variable in our multivariable analyses raises interesting considerations. Some authors have argued that the relationship between depression and physical health is bidirectional, one increasing the vulnerability to other²⁷⁻²⁹, and both influence use of health services¹³. Thus, this finding confirms the idea that interventions on either depression or physical health and disability would be useful in reducing both depression and physical health outcomes^{27,29}, including use of health services. Due to availability of well established pharmacological and psychosocial treatment⁷, depression is a condition potentially more amenable to interventions than chronic physical problems or even adverse socioeconomic circumstances, and it is a possible strategy to reduce use of health services and medical costs among older adults².

STRENGTH AND LIMITATIONS

Our study investigated the association between use of health services and medication with ICD-10 depression and subthreshold depression in a large sample of older adult residents in the community. The level of participation was high (91.4%). We also achieved a robust diagnostic of milder and severer forms of depression based on comprehensive, valid and structured diagnostic interviews specifically designed to assess older adults' mental health status conducted by trained mental health professionals. The method we used to ascertain ICD-10 depression and subthreshold depression is likely to have decreased information bias and therefore misclassification of both forms of depression.

Although our sample was drawn from older adults residents in economically disadvantaged areas of São Paulo, which may raise questions regarding the generalisability of our results, socioeconomic and education profiles of our sample and the Brazilian elderly population are very similar^{30,31}, suggesting that our findings are likely to be representative of the Brazilians older adults. However, access to health services is dependent on the existing health system. In places where older adults have less access to the health system than in São Paulo, it is likely that economical factors will have a greater impact on the association between use of health services and medication than in São Paulo.

Our study has some limitations. First, older adults with depression usually report symptoms of depression as physical problems, what may have resulted in an over-report of morbidities and functional impairments²⁸. Therefore, the adjustment for need-for-care factor in the multivariate analyses may have overcorrected and decreased the association between use of outpatient health services and both types of depression. Second, in a cross-sectional study it is not possible to know the direction of the associations. Thus, it is not possible to know if physical morbidity and associated impairments lead to use health services or if the depression precipitated a chronic condition relapse that lead to use of health services. As discussed above, the answer for these questions may not be essential to improve health services planning.

In summary, from the public health perspective, the impact of subthreshold depression is essential to health service planners. In addition, due to the entangled relationship between depression, physical health and use of health services, studies with appropriate methodology are necessary to investigate whether interventions aimed to improve levels of recognition and treatment of depression syndromes among community-dwelling older adults, particularly those that do not fulfill more rigorous depression diagnostic criteria, can produce a positive impact on depression, physical morbidity and disability outcomes. Collaborative interventions designed to improve the recognition and management of more severe depression in older adults in primary care settings have been associated with better long term depression outcomes such as better physical functioning, quality-of-life and lower health services costs compared to usual care^{32,33}. Further studies are necessary to confirm such findings in LAMIC settings as well as to investigate the impact of these interventions in subthreshold depression syndromes outcomes, including in use of health services.

REFERENCES

1. Kalache A, Veras R, Ramos L. The aging of the world population: a new challenge. *Rev Saude Publica*. 1987; 21(3): 200-10.
2. Menchetti M, Cevenini N, Ronchi DD, Quartesan R, Berardi D. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(2): 119-24.
3. Katon W, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(9): 897-903.
4. Fischer LR, Wei F, Rolnick SJ, Jackson JM, Rush WA, Garrard JM, Nitz NM, Luepke LJ. Geriatric depression, antidepressant treatment, and healthcare utilization in a health maintenance organization. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50(2): 307-12.
5. Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R, Santos-Eggimann B. Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2008; 105(1-3): 247-52.
6. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Med Care*. 2004; 42(6): 512-21.
7. Unützer J, Katon W, Sullivan M, Miranda J. Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q*. 1999; 77(2): 225-56.
8. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T, Matsubayashi K. Depression in Japanese community-dwelling elderly: prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004; 39(1): 15-23.
9. Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, De Beurs E, Geerling SW, Van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(1): 20-7.
10. Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit JH, Schoevers RS, De Beurs E, Braam AW, Penninx BWJH, Van Tilburg W. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(7): 605-11.
11. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist*. 2001; 41(3): 357-65.
12. Rowan P, Davidson K, Campbell J, Dobrez D, MacLean D. Depressive symptoms predict medical care utilization in a population-based sample. *Psychol Med*. 2002; 32(5): 903-8.

13. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilizacion de los servicios de salud: una revision sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Publica*. 2001; 17(4): 819-32.
14. Andersen R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q*. 1973; 51(1): 95-124.
15. Scazufca M, Menezes P, Vallada H, Crepaldi A, Pastor-Valero M, Coutinho L, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr*. 2008; 20(2): 394-405.
16. Scazufca M, Seabra C. Sao Paulo portraits: ageing in a large metropolis. *Int J Epidemiol*. 200; 37(4):721-3.
17. São Paulo (Município). Secretaria do Governo Municipal. *Sumário de dados 2004*. São Paulo: SGM; 2004 [citado 30 maio 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados.
18. Prince M, Ferri C, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Dewey M, et al. The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health*. 2007; 7: 165.
19. World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genebra: WHO; 1992.
20. Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay AJ, Gurland BJ, Fleiss JL, Sharpe L. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychol Med*. 1976; 6(3): 439-49.
21. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997; 48(5 Suppl 6): S10-6.
22. Prince M, Acosta D, Chiu H, Copeland J, Dewey M, Scazufca M, Varghese M, 10/66 Dementia Research Group. Effects of education and culture on the validity of the Geriatric Mental State and its AGE-CAT algorithm. *Br J Psychiatry*. 2004; 185: 429-36.
23. Copeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med*. 1986; 16(1): 89-99.
24. Duke University Center for Study of Aging and Human Development. *Multidimensional Functional Assessment: the OARS methodology*. Duke, NC: Duke University; 1978.
25. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.
26. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LFF, Wang Y. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(1): 45-53.

27. Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry*. 2002; 52(3): 226-35.
28. Bruce ML. Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9(2): 102-12.
29. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age: the gospel oak project V. *Psychol Med*. 1997; 27(2): 311-21.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: estudos e pesquisas. Informação sociodemográfica e socioeconômica 9. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2000 Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado 5 maio 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov/censo2000>.
32. Hunkeler E, Katon W, Tang L, Williams JJ, Kroenke K, Lin E, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *Br Med J*. 2006; 332(7536): 259-63.
33. Unützer J, Katon W, Fan M, Schoenbaum M, Lin E, Della Penna R, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care*. 2008; 14(2): 95-100.