

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

**Estudo SABE – Sintomas depressivos
em idosos do município de São Paulo**

Cristiane Lara Mendes-Chiloff

**Botucatu
2011**

Cristiane Lara Mendes-Chiloff

**Estudo SABE – Sintomas depressivos
em idosos do município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Botucatu para a obtenção do título de Doutor
em Saúde Coletiva, Área de Concentração em
Saúde Pública

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

**Botucatu
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Mendes-Chiloff, Cristiane Lara.

Estudo SABE : sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo /
Cristiane Lara Mendes-Chiloff. - Botucatu, 2011

Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2011

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Capes: 40602001

1. Envelhecimento. 2. Depressão em idosos. 3. Promoção da saúde.

Palavras-chave: Condições de saúde; Envelhecimento; Estudo SABE; Idoso;
Sintomas depressivos.

*“Todo jardim começa com um sonho de amor,
antes que cada árvore seja plantada,
antes que cada lago seja construído
eles têm que existir dentro da alma.
Quem não tem jardim por dentro,
não cria jardim por fora, e nem passeia por ele.”*

(Rubem Alves)

Dedicatória

Para Joel, Dani e Lucas

Meus amores

Agradecimientos

*“Cada um que passa em nossa vida passa sozinho,
Pois cada pessoa é única e nenhuma substitui outra.
Cada um que passa em nossa vida passa sozinho,
Mas não vai só nem nos deixa só.
Leva um pouco de nós mesmos,
Deixa um pouco de si mesmo.”*

(Antoine de Saint- Exupéry)

A **Deus**, que permitiu que este trabalho fosse realizado.

Aos **meus pais**, que me ensinaram a sonhar...

Ao **Joel, Daniela e Lucas**, por dividirem este sonho comigo, pelo apoio nas horas de cansaço e dificuldades e pela paciência em conviver com tantos dados.

Ao meu pai e à **Neusa**, pelo apoio incondicional.

À **vó Maria** e à **Tia Ina** pela torcida e pelo cuidado, sempre!

A todos os meus familiares e amigos, em especial minhas irmãs, **Elaine e Marcela**, que me incentivaram, me apoiaram, enfim, sempre estiveram ao meu lado.

À Prof. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira que se dedicou intensamente a minha orientação, guiando-me na concretização deste sonho. Além da orientação técnica, outra vez, pude conviver de maneira próxima com uma grande profissional, de dedicação extrema e energia invejável. Obrigada pela orientação dedicada, incentivo, exemplo e amizade.

À Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão, que autorizou a utilização do banco de dados do ESTUDO SABE, viabilizando a realização deste estudo.

À Profa. Maria Cristina Pereira Lima, por me iniciar pacientemente nos caminhos do “stata”, pela cuidadosa análise estatística, atenção e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

À Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pela prontidão em esclarecer as inúmeras dúvidas estatísticas, indicando caminhos norteadores para as análises.

À Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres, pela cuidadosa correção e oportunas sugestões.

Às psicólogas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial, Clarissa Cabianca Ramos e Vânia Lúcia Novello, por podermos dividir os momentos de sucesso e de dificuldades do nosso dia-a-dia.

A Profa. Dra. Gimol Benzaquem Perosa, por tudo que contribuiu para a minha formação profissional, pelo apoio e amizade.

A Profa. Dra. Flávia Helena Padovani, pela oportunidade de realizarmos projetos em conjunto, pelo estímulo e amizade.

As Aprimorandas de Psicologia, por tudo que pudemos aprender na experiência do dia-a-dia. Pela participação especial que vocês têm na minha trajetória profissional.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria pelo apoio e incentivo para que este trabalho se realizasse.

Aos funcionários da Seção de Pós-graduação pela atenção e auxílio na resolução de questões administrativas, em especial, Regina e Nathanael.

A secretária de Pós-graduação do Departamento de Saúde Pública, Lucilene Cabral, pela atenção e informações prestadas.

Aos idosos que participaram deste estudo, pela colaboração e pela possibilidade de ampliar o conhecimento de diversas áreas sobre o envelhecimento.

Sumário

RESUMO E ABSTRACT	15
LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS	20
1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Depressão em Idosos	26
1.2. Instrumentos de Avaliação de Depressão em idosos	29
1.3. Estudos epidemiológicos sobre Depressão em idosos.....	34
1.3.1. Estudos de Prevalência Depressão e Sintomas depressivos em idosos.....	35
1.3.2. Estudos de Incidência de Depressão e Sintomas Depressivos em idosos.....	44
1.3.3. Fatores associados à Depressão e Sintomas Depressivos em idosos	47
2. OBJETIVOS	55
2.1. Objetivo Geral.....	55
2.2. Objetivos Específicos	55
3. MÉTODO	57
3.1. Descrição do estudo	57
3.2. Estudo SABE	57
3.3. População.....	59
3.4. Instrumento	61
3.5. Procedimento	66
3.6. Análise de dados	66
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	72

5. RESULTADOS	74
5.1. Estudo Transversal – Prevalência e fatores associados	74
5.2. Estudo Longitudinal – Análise dos fatores de risco	103
5.3. Estudo Longitudinal - Análise dos fatores de proteção	113
 6. DISCUSSÃO	 126
 7. CONCLUSÕES.....	 141
 8. REFERÊNCIAS	 143
 9. ANEXOS	 155



Resumo & Abstract

RESUMO

Introdução: Sintomas depressivos são prevalentes entre idosos acarretando importante problema de saúde pública, por sua frequência e associação com doenças físicas, mortalidade, incapacidade funcional, prejuízo na qualidade de vida e sobrecarga para a família e para serviços de saúde. **Objetivos:** Estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo – Estudo SABE - em 2006; identificar os fatores a eles associados em 2006 e os fatores de risco já presentes no momento de inclusão dos idosos na coorte (ano 2000), e ainda identificar possíveis fatores de proteção para sintomas depressivos entre os idosos que não os apresentaram na avaliação realizada em 2000 e nem na de 2006. **Método:** Num estudo de corte transversal, foram estudados 972 idosos, por meio de inquérito domiciliar, sobre condições vida e saúde (Estudo SABE) que responderam à Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para detectar sintomas depressivos tanto no momento da inclusão na coorte (2000), como em 2006. O questionário utilizado em 2000 foi mantido com acréscimo de instrumentos para os novos objetivos propostos em 2006. A amostra deste estudo foi composta por pessoas com 60 anos ou mais, no momento da inclusão, derivada de setores censitários e obtida em dois estágios, com reposição e probabilidade proporcional à população, para idosos de 75 anos ou mais. Em 2000 foram entrevistados 2.143 idosos e em 2006 foram novamente entrevistadas 1.115 pessoas, registrando-se entre as duas avaliações: 649 óbitos, 11 institucionalizações, 52 mudanças para outros municípios, 139 pessoas não foram localizados e 177 pessoas que recusaram a nova avaliação. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos em 2006 foi de 14,2% (IC 95% 11,8 – 16,7). A partir dos resultados ($p < 0,10$) da análise univariada, realizada com o teste de Rao-Scott para amostras complexas, foram construídos modelos de regressão logística, tendo como exposição diferentes grupos de variáveis (sociodemográficas; morbidades auto-referidas; condições e percepção de saúde e memória) e um modelo final com todas as variáveis que permaneceram associadas

significativamente em cada modelo específico, ajustando-se para sexo e idade. No modelo final da regressão logística, tipo *stepwise backward*, observou-se que permaneceram independentemente associadas à presença de sintomas depressivos: relato de visão ruim, (OR = 2,83; IC95%: 1,52 – 5,29) de saúde bucal ruim (OR= 1,77; IC95%: 1,08 – 2,92), dependência para atividades básicas de vida diária (OR= 2,65, IC95%: 1,09 – 8,10) ter avaliado sua memória (OR= 6,82; IC95%: 2,15 – 11,83) e percebido sua saúde como ruins (OR= 5,04, IC95%: 2,15 – 11,83) e ainda apresentar disfunção familiar moderada ou grave (OR=2,98; IC95%:1,09 – 8,10 e OR=3,45; IC95%: 1,60 – 7,43). Os resultados da regressão logística, que focalizou o estudo de fatores de risco presentes em 2000 que se associaram à presença de sintomas depressivos em 2006, indicaram que se mantiveram no modelo: ter baixa renda (OR=2,40; IC95%: 1,08 – 5,38), referir doença pulmonar (OR= 2,2; IC95% 1,12 – 4,47) e avaliar negativamente a memória (OR=14,11; IC95%: 5,10– 39,02) e a saúde (OR= 2,95; IC95%: 1,15 – 7,56). Os fatores de proteção para não ter apresentado sintomas depressivos em nenhuma das avaliações, obtidos pelo mesmo procedimento estatístico, foram: ser do sexo masculino (OR= 1,75; IC95%: 1,24 – 2,47), não referir doença pulmonar (OR=2,07; IC95%: 1,33 – 3,22) e ter uma avaliação de saúde positiva (OR= 5,43; IC95%: 2,74 – 10,77). **Conclusão:** Os dados obtidos corroboram a literatura da área, constatando a alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos. Supõe-se que a presença de sintomas depressivos e o conjunto de condições adversas a eles associado podem gerar sobrecarga para prestação de cuidados a esses idosos, evidenciando a relevância do planejamento e implementação de políticas e programas sociais e de saúde para o atendimento de idosos, uma vez que a maioria daquelas condições é passível de prevenção e controle.

ABSTRACT

Introduction: Depressive symptoms are prevalent among the elderly, causing a major public health problem due to their frequency and association with physical illness, mortality, disability, impaired quality of life and burden on the family and healthcare services.

Objectives: Estimate the prevalence of depressive symptoms in the elderly in São Paulo, SABE Study (Health, Well-Being and Aging), in 2006; identify the factors associated with these in 2006 and risk factors already present at the inclusion of these individuals in the cohort (2000); and identify other possible protective factors against depression among the elderly than those presented in the evaluation performed in 2000 or 2006. **Methods:** This cross-sectional study evaluated 972 elderly individuals through a household survey on health status and living conditions (SABE Study) who responded to the Geriatric Depression Scale (GDS) to detect depressive symptoms both at inclusion in the cohort (2000) and in 2006. The questionnaire used in 2000 was maintained with additional tools for new goals proposed in 2006. The study sample consisted of individuals aged 60 years-old or over at the time of inclusion, derived from census sectors and conducted in two stages, with replacement and probability proportional to the population of individuals aged 75 years-old or over. In 2000, 2,143 elderly were interviewed and in 2006, 1,115 were re-interviewed. Between the two evaluations, the following events occurred: 649 individuals died, 11 were institutionalizations, 52 moved to other cities, 139 individuals were not located and 177 refused reassessment.

Results: The prevalence of depressive symptoms in 2006 was 14.2% (95%CI: 11.8-16.7). From the results ($p < 0.10$) of the univariate analysis, performed using the Rao-Scott test for complex samples, logistic regression models were constructed for the different groups of variables (demographic data, self-reported morbidity, health status, and health perception and memory) and then a final model, including all the variables that remained significantly associated in each specific model, adjusted for age and sex. In the final backward stepwise

logistic regression model, the following variables remained independently associated with depressive symptoms: reporting poor vision (OR=2.83; 95%CI: 1.52-5.29); bad oral health (OR=1.77; 95%CI: 1.08-2.92); dependence for basic activities of daily living (OR=2.65; 95%CI: 1.09-8.10); having your memory evaluated (OR=6.82; 95%CI: 2:15-11.83); perceiving your health as poor (OR=5.04; 95%CI: 2.15-11.83); and presenting moderate or severe familial dysfunction (OR=2.98; 95%CI: 1.09-8.10 and OR=3.45; 95%CI: 1.60-7.43). The results of the logistic regression, which focused on the study of risk factors in 2000 that were associated with depressive symptoms in 2006, indicated that the following remained in the model: living on low income (OR=2.40; 95%CI: 1.08-5.38); reporting pulmonary disease (OR=2.2; 95%CI: 1.12-4.47); negatively evaluating your memory (OR=14.11; 95%CI: 5.10-39.02); and negatively evaluating your health (OR=2.95; 95%CI: 1.15-7.56). Protective factors against presenting depressive symptoms in any of the evaluations, obtained using the same statistical procedure, were: being male (OR=1.75; 95%CI: 1.24-2.47); not reporting lung disease (OR=2.07; 95%CI: 1.33-3.22); and receiving a positive health evaluation (OR=5.43; 95%CI: 2.74-10.77). **Conclusions:** The data obtained corroborate the relevant literature, confirming the high prevalence of depression among the elderly. It is assumed that the presence of depressive symptoms and the set of adverse conditions associated with them can generate a burden of providing care to these elderly individuals, highlighting the importance of planning and implementation of policies and social programs and healthcare for the elderly, since the majority of these conditions can be prevented or controlled.

***Lista de Figuras,
Quadros e Tabelas***

FIGURAS

Figura 1:	Coortes do ESTUDO SABE – SÃO PAULO	58
Figura 2:	Composição da amostra do estudo de sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo (A06)	60

QUADROS

Quadro 1:	Critérios diagnósticos para episódio depressivo – DSM-IV.	28
Quadro 2:	Instrumentos de avaliação de depressão e sintomas depressivos utilizados nos principais estudos epidemiológicos.	33
Quadro 3:	Estudos epidemiológicos internacionais	41
Quadro 4:	Estudos epidemiológicos brasileiros	43
Quadro 5:	Estudos de incidência de depressão e sintomas depressivos.	46
Quadro 6:	Questionário SABE 2006	62
Quadro 7:	Variáveis selecionadas para o presente estudo	68

TABELAS

Tabela 1:	Distribuição das características sócio-demográficas, segundo sexo (coorte A06).....	75
Tabela 2:	Distribuição dos arranjos familiares e condições de moradia, segundo sexo (coorte A06)	76
Tabela 3:	Distribuição de religião e prática religiosa segundo sexo (coorte A06).....	77
Tabela 4:	Distribuição de morbidade referida segundo sexo (coorte A06).....	79
Tabela 5:	Distribuição do histórico de quedas e fraturas, segundo sexo (coorte A06).....	80
Tabela 6:	Distribuição da auto-avaliação das condições de saúde visual, auditiva e, bucal segundo sexo (coorte A06)	81
Tabela 7:	Distribuição da percepção de dor segundo sexo (coorte A06)	82
Tabela 8:	Distribuição de uso de serviços de saúde no último ano, segundo sexo (coorte A06).....	83
Tabela 9:	Percepção de memória e saúde, segundo sexo (coorte A06).....	84
Tabela 10:	Distribuição dos níveis de autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e funcionalidade familiar, segundo sexo. (coorte A06).....	85
Tabela 11:	Sintomas depressivos segundo variáveis sociodemográficas (coorte A06).....	86
Tabela 12:	Sintomas depressivos segundo arranjo familiar e condições de moradia (coorte A06).....	87
Tabela 13:	Sintomas depressivos segundo prática religiosa (coorte A06)	88
Tabela 14:	Sintomas depressivos segundo morbidades referidas (coorte A06)	89
Tabela 15:	Sintomas depressivos segundo quedas e fraturas (coorte A06).....	90

Tabela 16:	Sintomas depressivos segundo auto-avaliação das condições de saúde visual, auditiva e bucal (coorte A06).....	91
Tabela 17:	Sintomas depressivos segundo percepção de dor (coorte A06)	92
Tabela 18:	Sintomas depressivos segundo uso de serviços de saúde (coorte A06)	93
Tabela 19:	Sintomas depressivos segundo da auto-avaliação de memória e percepção de saúde (coorte A06)	94
Tabela 20:	Sintomas depressivos segundo autonomia e funcionalidade familiar (coorte A06).....	95
Tabela 21:	Modelo 1: Regressão logística: sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas	97
Tabela 22:	Modelo 2: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a doenças auto-referidas	98
Tabela 23:	Modelo 3: Regressão logística: sintomas depressivos em relação a condições de saúde e autonomia para atividades diárias.....	99
Tabela 24:	Modelo 4: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a percepção de saúde, memória, dor e funcionalidade familiar	100
Tabela 25:	Modelo 5: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a todas as variáveis significativas nos demais modelos	102
Tabela 26:	Sintomas depressivos (coorte A06) segundo variáveis sócio-demográficas em 2000.....	103
Tabela 27:	Sintomas depressivos em 2006 segundo condições de saúde no ano de 2000	104
Tabela 28:	Sintomas depressivos em 2006 segundo auto-avaliação da memória e da saúde no ano de 2000.....	105
Tabela 29:	Sintomas depressivos em 2006 segundo capacidade funcional no ano de 2000	106
Tabela 30:	Modelo 1: Regressão logística: Sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas	108
Tabela 31:	Modelo 2: Regressão logística: Sintomas depressivos e doenças referidas	109

Tabela 32:	Modelo 3: Regressão logística: associação de sintomas depressivos e auto – avaliação da saúde e memória	110
Tabela 33:	Modelo 4: Regressão logística: Sintomas depressivos e autonomia para atividades de vida diária	111
Tabela 34:	Modelo final: Regressão logística sintomas depressivos em relação a todas as variáveis significativas nos demais modelos	112
Tabela 35:	Distribuição da população SABE A00 e A06 segundo presença ou não de sintomas depressivos (N=945).....	113
Tabela 36:	Sintomas depressivos segundo caso (coorte A00 e A06).....	114
Tabela 37:	Distribuição da presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06), segundo variáveis sociodemográficas(A00).....	115
Tabela 38:	Distribuição da presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06) segundo variáveis relativas à condição de saúde (A00)	116
Tabela 39:	Distribuição da população segundo percepção de memória e saúde (A00) segundo a presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06)..	117
Tabela 40:	Distribuição da população segundo capacidade funcional (A00) e presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06)	118
Tabela 41:	Modelo 1: Regressão logística: Sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas	120
Tabela 42:	Modelo 2: Regressão logística de sintomas depressivos em relação a doenças auto-referidas	121
Tabela 43:	Modelo 3: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a percepção de saúde e memória	122
Tabela 44:	Modelo 4: Regressão logística: Sintomas depressivos e atividades instrumentais de vida diária.....	123
Tabela 45:	Modelo final: Regressão logística sintomas depressivos em relação a todas as variáveis significativas nos demais modelos	124

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. DEPRESSÃO EM IDOSOS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que vem adquirindo importância cada vez maior devido à rápida transição demográfica observada nos países em desenvolvimento. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, em 1998 esse contingente alcançou 579 milhões. Projeções indicam que em 2050 a população idosa será de 1.9 bilhões (ONU, 2004; IBGE, 2004).

No Brasil (IBGE, 2004), os idosos representam aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (8,8% da população brasileira). Estima-se que por volta do ano 2050 representará 24,6% da população, modificando rapidamente a pirâmide populacional. Atualmente já se notam características e necessidades dessa população, representadas por problemas crônicos, múltiplos e que requerem intervenções mais onerosas e sofisticadas, que tendem a se acentuar cada vez mais.

Dentre as doenças mais prevalentes entre os idosos, a depressão aparece como um importante problema de saúde mental, por sua frequência e por sua forte associação com outras doenças físicas, mortalidade, incapacidade funcional, prejuízo na qualidade de vida e sobrecarga para a família e para os serviços de saúde.

Nas últimas décadas, muitos estudiosos têm se dedicado a investigar a depressão no idoso, sendo esta definida em diversos níveis: depressão maior, depressão menor ou sintomas depressivos clinicamente relevantes e sintomas depressivos. A depressão maior é claramente definida através de critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e

Estatística- DSM-IV(APA, 1994) e pela Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (OMS,1997). Há ainda os chamados sintomas depressivos clinicamente relevantes, mas que não preenchem critérios diagnósticos de depressão maior, que são considerados por alguns autores como depressão menor (Beekman et al, 1999). Descrevem-se também os sintomas depressivos que não preenchem critérios para quaisquer quadros depressivos segundo os sistemas de diagnósticos vigentes (DSM-IV e CID-10). Esses sintomas depressivos, se avaliados através de escalas de sintomas, deverão ter pontuação mais alta que o ponto de corte estabelecido. Sintomas depressivos têm alta prevalência entre idosos, acarretando significativo prejuízo de sua qualidade de vida e repercussões semelhantes a um quadro de depressão maior (Hybel & Blazer, 2002).

A depressão maior tem um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios depressivos, que podem ter remissão completa ou parcial dos sintomas. Os indivíduos com remissão parcial têm maior probabilidade de desenvolverem episódios adicionais e de continuarem com um padrão de recuperação parcial entre os episódios (Lafer, 1996; APA, 1994). Para preencher critério de depressão maior o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco dos seguintes sintomas: anedonia, fadiga, alterações de sono, falta de apetite, agitação psicomotora, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade reduzida de concentração, pensamentos de morte ou autolesivos recorrentes. Os sintomas devem estar presentes por um período mínimo de duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda do interesse ou prazer (Quadro 1) e essa condição não ser justificada por uma condição médica, fisiológica ou por luto.

Quadro 1: Critérios diagnósticos para episódio depressivo – DSM-IV**DEPRESSÃO MAIOR**

A. Pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração no funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer:

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicação por relato ou observação alheia.

(2) interesse ou prazer marcadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase diariamente, conforme indicação por relato ou observação alheia.

(3) perda ou ganho de peso significativos, na ausência de dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase diariamente.

(4) insônia ou hipersônia quase diariamente.

(5) agitação ou retardo psicomotor quase diariamente (observados pelos outros e não meros sentimentos de inquietação subjetivos de inquietação ou lentidão).

(6) fadiga ou perda de energia quase diariamente.

(7) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirantes) quase diariamente (não mera auto-reprovação ou culpa por estar doente).

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase diariamente (tanto por relato subjetivo quanto por observação alheia).

(9) pensamentos recorrentes de morte (não mero temor de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio, ou plano específico para cometer suicídio.

B. Não preenche critério para episódio misto.

C. Os sintomas causam desconforto clínico significativo ou comprometem o desempenho social, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sintomas não são devidos ao efeito fisiológico direto de substâncias ou à condição médica.

E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, isto é, não aparecem após perda de ente amado, os sintomas persistem por pelo menos dois meses ou são caracterizados por comprometimento funcional acentuado, preocupação mórbida de pouca valia, ideação suicida, sintomas psicóticos, ou retardo psicomotor.

1.2. Instrumentos de Avaliação de Depressão em idosos

Os instrumentos utilizados para identificar e descrever transtornos psiquiátricos, em especial a depressão na terceira idade, são de fundamental importância na epidemiologia psiquiátrica, pois há grande dificuldade na identificação dos casos de depressão. Estes podem se constituir uma doença psiquiátrica ou ser consequência de uma doença física e seu tratamento, ou, muitas vezes, uma reação própria do envelhecimento. No entanto, há uma forte associação de “sintomas depressivos” com perda da capacidade funcional e prejuízo da qualidade de vida dos idosos. (Hybel & Blazer, 2002).

Há dois grandes grupos de instrumentos para avaliação de transtornos psiquiátricos, em destaque a depressão, as entrevistas diagnósticas ou avaliações através de *check-list* e as escalas (Murphy, 2002).

As entrevistas diagnósticas consistem em entrevistas clínicas / estruturadas, baseadas nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV (APA, 1994) ou de versões anteriores desta classificação, que podem ser utilizadas por profissionais da área clínica e de pesquisa (Murphy, 2002). Entre esses instrumentos, os mais utilizados na avaliação de depressão em idosos são: *Diagnostic Interview Schedule* – DIS (Robins et al, 1981), *Composite International Diagnostic Interview* – CIDI (Robins et al, 1988) *Geriatric Mental State* – AGECAT (Coopeland, 1976), *Mini International Neuropsychiatric Interview* –MINI (Sheehan et al, 1998).

A *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) é uma entrevista psiquiátrica estruturada, com base nos critérios do sistema americano de classificação das doenças (DSM III e posteriormente DSM-IV). Foi desenvolvida nas décadas de 70/80 para uso em larga escala

num estudo epidemiológico sobre transtornos psiquiátricos realizado nos EUA - *The Epidemiologic Catchment Area* – ECA (Robins et al, 1981).

Outro instrumento de avaliação diagnóstica é a *Composite International Diagnostic Interview-CIDI* (Robins et al, 1988). A CIDI é uma entrevista abrangente e totalmente estruturada para avaliação de transtornos mentais de acordo com as definições e os critérios da CID-10 e DSM-IV. É destinada a ser utilizada em estudos epidemiológicos, bem como para fins clínicos e de pesquisa. A CIDI permite ao investigador: medir a prevalência de transtornos mentais, avaliar a utilização dos serviços e o uso de medicamentos para o tratamento desses distúrbios e, por fim, avaliar o que é tratado, o que permanece sem tratamento, e quais são as barreiras ao tratamento (Robins et al, 1988).

A *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10. A MINI é organizada por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento. A estrutura do instrumento permite estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista (Sheehan, 1998; Amorim, 2000).

O *Geriatric Mental State* (GMS) – *AGECAT* (Coopeland, 1976), é um instrumento de duas fases. Consiste em uma entrevista semi-estruturada, que envolve avaliação ampla e detalhada do estado mental geriátrico. Na segunda fase - *AGECAT* (*Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy*) – utilize-se um programa computadorizado que analisa os dados do GMS. Nessa fase os diagnósticos são gerados por algoritmos computadorizados, classificando-os em “clusters” diagnósticos, baseados em critérios do DSM-IV. Alguns estudos utilizam o estágio sindrômico (fase 1) e outros o estágio hierárquico (fase 2) causando variabilidade nos resultados em razão do instrumento.

As escalas, ou instrumentos de rastreio (*screening*), têm sido construídos com o objetivo de detectar a presença de sintomas depressivos. Para cada um desses instrumentos, um ponto de corte é estabelecido, visando identificar a sintomatologia em questão, principalmente a de maior gravidade. Os instrumentos de rastreio são reconhecidos como recursos rápidos, simples e úteis para a identificação de sintomas depressivos ou vulnerabilidade à depressão na velhice (Batistoni, et al, 2007). São utilizados na área clínica, em centros de atendimento ao idoso e em pesquisas. Dentre esses instrumentos, pode-se citar a Escala de Depressão Geriátria - GDS (Yesavage et al, 1983), a Escala do *Center for Epidemiological Studies for Depression* -CES-D (Radloff , 1977), e a EURODEP (Prince, 1999).

A Escala do *Center for Epidemiological Studies for Depression* -CES-D e seu uso em idosos foram desenvolvidos originalmente por Radloff (1977). Mui et al (2001) realizaram um estudo de revisão sobre as propriedades psicométricas da CES-D, confirmando sua utilidade para a avaliação de depressão em idosos. Os autores indicaram que fatores etários, culturais e relacionados à saúde influenciam os padrões de respostas e, portanto, a escala deve ser validada para cada grupo cultural que vier a ser aplicada. No Brasil, Batistoni et al (2007) realizaram um estudo de validade para o uso da escala com idosos residentes na comunidade, obtendo satisfatórios índices de especificidade e sensibilidade.

No EURODEP, grupos de pesquisa constituídos de 11 países da Europa desenvolveram uma escala para padronizar a avaliação de depressão para esses centros. A escala EURODEP (Prince, 1999) foi construída a partir dos seguintes instrumentos GMS-AGECAT (Coopeland et al, 1986); CES-D (Radloff, 1977), *Zung Self-Rating Depression Scale* - ZSDS (Zung, 1965) e *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* - CPRS (Asberg, 1978). A EURODEP foi desenvolvida com o intuito de selecionar os sintomas comuns nas escalas utilizadas anteriormente e que identificavam o quadro depressivo. Foram

selecionados, por fim, 12 itens que contemplam afeto negativo, pessimismo, desejo de morrer, apetite, fadiga, concentração, prazer e choro. A escala apresentou boa consistência interna e aceitáveis índices de especificidade e sensibilidade para o uso na população idosa.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS - *Geriatric Depression Scale*) é uma das escalas mais utilizadas em estudos epidemiológicos de depressão. Foi desenvolvida por Yesavage e cols (1983) e posteriormente adaptada para um formato reduzido composto por quinze questões (Sheik & Yesavage, 1986), com estudo de confiabilidade feito no Brasil por Almeida & Almeida (1999). A GDS avalia a depressão tendo como referência o último mês.

Outros instrumentos têm sido utilizados com menor frequência como o *General Health Questionnaire*-GHQ (Goldberg et al, 1988), o *Short Psychiatric Evaluation Schedule* – SPES (Pfeffer, 1975), a *Zung Depression Status Inventory* – ZDSI (Zung, 1965), a versão reduzida da *Comprehensive Assessment and Referral Evaluation* -Short-Care (Gurland et al, 1984).

Quadro 2: Instrumentos de avaliação de depressão e sintomas depressivos utilizados nos principais estudos epidemiológicos.

AUTOR/ANO	INSTRUMENTO	CARACTERÍSTICA
Coopeland et al, 1976.	<i>Geriatric Mental State - AGECAT</i>	diagnóstico
Radloff, 1977	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i>	screening
Robins et al, 1981	<i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i>	diagnóstico
Robins et al, 1988	<i>Composite International Diagnostic Interview – CIDI</i>	diagnóstico
Yesavage et al. 1983.	<i>Geriatric Depression Scale - GDS</i>	screening
Gurland et al, 1984	<i>Comprehensive Assesment and Referral Evaluation (Short-CARE)</i>	screening
Goldberg et al, 1988	<i>General Health Questionnaire - GHQ</i>	screening
Pfeffer, 1975	<i>Short-Psychiatry Evaluation Schedule (SPES)</i>	screening
Sheehan et al, 1998.	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</i>	diagnóstico

1.3. Estudos epidemiológicos sobre Depressão em idosos

O envelhecimento populacional constitui um dos grandes desafios para a saúde pública, em especial para os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. O envelhecimento no Brasil vem ocorrendo de forma acentuada nas últimas décadas e estima-se que em 2020 alcançará 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais (Lima-Costa, 2003). A Epidemiologia do Envelhecimento ocupa-se do estudo das condições que levam à incapacidade funcional e subsequente aumento da dependência, além do estudo das doenças responsáveis pela morbidade e mortalidade entre idosos (Lima- Costa, 2003). Estudos epidemiológicos sobre as condições e determinantes de saúde da população idosa, assim como a utilização de serviços de saúde e demandas sociais são fundamentais para o planejamento da atenção à saúde voltada para essa população. No entanto, no Brasil, ainda são escassos os estudos epidemiológicos populacionais de idosos (Lima-Costa, 2003). Lima-Costa (2003) enfatiza alguns importantes fatos comuns na pesquisa com idosos que têm efeito de viés, aos quais se deve estar atento no planejamento, condução, análise e interpretação dos resultados desses estudos, que são: uso de respondentes próximos (idosos doentes ou mais velhos ou com déficit cognitivo, condições que impeçam sua participação na pesquisa, e exigem que se recorra a uma pessoa próxima,) e exclusão de idosos institucionalizados (estudos populacionais podem subestimar a prevalência de incapacidade na população), o que deve ser considerado na análise.

1.3.1. Estudos de prevalência de Depressão e Sintomas Depressivos em idosos

Os estudos de prevalência foram agrupados de acordo com o critério diagnóstico: estudo de prevalência de sintomas depressivos e estudos de prevalência de depressão. As taxas de prevalência de sintomas depressivos são mais altas em relação a prevalência de depressão maior (Beekman, 1999). Todavia, em grandes estudos populacionais o uso de instrumentos de *screening* é mais comum, devido às dificuldades inerentes a esse tipo de pesquisa, com isso a investigação de sintomas depressivos acaba se tornando mais freqüente.

As prevalências de depressão descritas na literatura, obtidas em estudos populacionais variaram de 1,2% a 26,2% (Beekman et al, 1995; Steffens et al, 2000; Chong et al, 2001; Wilhelm et al, 2003; Chen et al 2005; Gureje et al, 2007; McDougall et al, 2007; Ma et al, 2008, Cámara et al, 2008).

Num estudo nos EUA denominado *The Cache County Study*, com aproximadamente 4500 idosos sem demência e institucionalizados, utilizando como instrumento a entrevista diagnóstica DIS, foi encontrada a prevalência de 4,3% de transtornos depressivos e 5,3% de sintomas depressivos (Steffens et al, 2000).

Wilhelm et al (2003) realizaram uma pesquisa na Austrália de grande porte, com representatividade nacional, selecionando participantes de 18 anos ou mais. Utilizando a CIDI como instrumento diagnóstico, constataram a prevalência de 1,2% de depressão entre as pessoas maiores de 65 anos. Gureje et al (2007), utilizando esse mesmo instrumento, num estudo populacional representativo na Nigéria *Ibadan Study Ageing – ISA*), no qual avaliaram idosos com 65 anos ou mais, residentes em oito diferentes estados, encontraram a prevalência de 26,2% de depressão maior.

Outro grande estudo, este realizado na Holanda, denominado *The Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA) entrevistou aproximadamente três mil pessoas com idade de 55 anos ou mais. Na primeira fase utilizaram a CES-D para rastreamento de depressão, seguida de uma entrevista diagnóstica (fase dois) utilizando a DIS. A prevalência de depressão constatada nessa população foi de 2% (Beekman et al, 1995).

Ma et al (2008), como parte de um grande estudo epidemiológico de desordens psiquiátricas na China, com pessoas a partir de 15 anos de idade, investigaram a depressão numa coorte de 1600 idosos moradores de área urbana e rural de Beijing. Através da aplicação do CIDI verificaram a prevalência de 4,3% de depressão geriátrica.

Estudos que utilizaram o GMS-AGECAT apresentaram resultados utilizando diferentes fases do instrumento (fase 1: identificação de sintomas depressivos e fase 2: diagnóstico de depressão segundo critérios do DSM-IV). Chong et al (2001) estudaram depressão entre 1500 idosos randomizados de três diferentes comunidades de Taiwan. As comunidades se diferenciavam em relação ao nível de urbanização. Na primeira fase do estudo, foi obtida a prevalência de 15,3% de sintomas depressivos e na segunda fase a prevalência de 5,9% de depressão maior. Prevalência semelhante de depressão maior (6%) foi encontrada por Chen et al (2005) num estudo que avaliou cerca de 160 idosos residentes em área rural da China.

Um grande estudo populacional, multicêntrico foi realizado na Inglaterra, denominado *Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study* (MRC CFAS). Para este estudo foram selecionados 13000 idosos de cinco cidades do Reino Unido (McDougall et al, 2007), dentre os quais, 2640 foram randomizados para avaliação através do GMS-AGECAT. Foi constatada a prevalência de 8,7% de depressão entre os idosos ingleses.

Já na Espanha, no ZARADEMP Study, Cámara et al (2008) avaliaram cerca de 1.100 idosos e obtiveram a prevalência de 17,0% de sintomas depressivos e 1,9% de depressão maior.

As prevalências de depressão são mais baixas que as de sintomas depressivos. Na literatura estas últimas variaram de 6,3% a 63% (Robins & Regier, 1991; Wurff et al, 2004; Kim et al 2009; Lai, 2004; Sherina et al, 2005; Stek et al, 2006; Torija et al 2007; Castro-Costa et al, 2007; Ganatra et al, 2008; Bojorquez-Chapela et al, 2009).

Em estudos que os autores utilizaram a CES-D como instrumento as taxas de prevalência variaram de 14,5% a 61,5% (Robins & Regier, 1991; Wurff et al, 2004; Bojorquez-Chapela et al, 2009).

No início dos anos 90, foi realizada nos Estados Unidos a primeira grande pesquisa epidemiológica de base populacional: ECA - *Epidemiological Catchment Area Study* (Robins & Regier, 1991). Foram entrevistadas cerca de vinte mil pessoas acima de 18 anos, investigando transtornos psiquiátricos. Para a avaliação de sintomas depressivos o instrumento utilizado foi o CES-D, com o qual foi constatada a prevalência de 15% para a população com 60 anos ou mais, residentes na comunidade. A partir deste estudo, outros foram realizados em diversos países do mundo.

Wurff et al (2004) realizaram um estudo de prevalência na Holanda comparando três comunidades diferentes de idosos: idosos imigrantes do Marrocos, idosos imigrantes da Turquia e idosos da comunidade holandesa. Foram observadas prevalências significativamente distintas para cada comunidade étnica: 33,6% para os marroquinos, 61,5% para os turcos e 14,5 % para os holandeses.

Bojorquez-Chapela et al (2009), como parte do projeto *Diagnostic of Life Conditions and Wellness of the elderly enrolled in Oportunidades*, no México, estudaram a

prevalência de sintomas depressivos entre 954 idosos que completaram todas as etapas de avaliação. Constataram a prevalência de 43% de sintomas depressivos entre idosos de baixa renda no México, ratificando dados da literatura que sugerem que as taxas de prevalência são mais altas entre populações que vivem em condições adversas.

Outros estudos utilizaram como instrumento a escala EURO-D.

The *SHARE Study* é mais um estudo populacional realizado em diversos países da Europa (Dinamarca, Suécia, Holanda, Alemanha, Áustria, Suíça, França, Espanha, Itália e Grécia) com pessoas a partir de 50 anos. As taxas de prevalência variaram entre os países de 18,5% a 36,8%, sendo as taxas mais altas encontradas na Espanha (36,8%), Itália (33,7%) e França (33,3%) e a mais baixa na Dinamarca (18,1%). Os demais países apresentaram as seguintes prevalências: Suécia (19,2%); Alemanha (18,5%), Holanda (19,4%), Áustria (19,6%) e Suíça (19,1%) (Castro-Costa et al, 2007).

Estudos que utilizaram como instrumento de investigação de sintomas depressivos a GDS obtiveram prevalências que variaram de 6,3% a 63% (Lai, 2004; Wada et al, 2004; Romero et al, 2005; Sherina et al, 2005; Stek et al, 2006; Torija et al, 2007; Ganatra et al, 2008; Kim et al, 2009). A menor prevalência (6,3%) foi observada por Sherina et al (2005), em pesquisa realizada na região urbana de Selangor (Malásia) avaliando cerca de 300 idosos com 60 anos ou mais. Neste estudo foi utilizada a GDS na versão original de 30 itens. Prevalência semelhante foi encontrada por Romero et al (2005) num estudo de rastreamento de sintomas depressivos entre idosos hispânicos e não hispânicos que residiam numa comunidade nos EUA. A prevalência nessa população foi de 9,5%. Outros estudos utilizaram a GDS -15 e verificaram prevalências superiores à relatada por Sherina et al (2005) e Romero et al (2005). A maior prevalência foi verificada por Kim et al (2009) em estudo com 295 idosos residentes na comunidade na Coreia (63%).

Wada et al (2004) no Japão investigaram sintomas depressivos em quase cinco mil idosos, com 60 anos ou mais distribuídos em quatro diferentes cidades japonesas e observaram prevalências que variaram de 32,2% a 34,6%.

Lai et al (2004) investigaram sintomas depressivos em 1537 idosos chineses residentes no Canadá. Os idosos foram selecionados pelo sobrenome através de contato telefônico e agendando-se uma entrevista para avaliação. Esses autores constataram a prevalência de 24,2% de sintomas depressivos entre esses idosos. Outro estudo com resultado semelhante foi o de Ganatra et al (2008) que avaliou 402 idosos paquistaneses com 65 anos ou mais e a prevalência foi de 22,9%.

Torija et al (2007) avaliaram aproximadamente 400 pessoas com idade a partir de 64 anos e constataram 19,7% de sintomas depressivos utilizando a GDS-15 e 5% de depressão definida através da avaliação clínica de um especialista.

Prevalência menor ocorreu no estudo de Stek et al (2006) no Programa *Leiden 85-Plus Study* (15%), na Holanda.

No Brasil, os principais estudos populacionais utilizaram instrumentos de rastreio e obtiveram prevalências que variaram de 13% a 38,5% (Veras & Coutinho, 1991; Cerqueira, 2003; Castro-Costa et al, 2008; Barcelos-Ferreira et al, 2009; Lima et al, 2009).

Veras & Coutinho (1991) estudaram a prevalência de depressão na população do Rio de Janeiro, selecionando três diferentes áreas da cidade (bairros social e economicamente distintos), utilizando como instrumento o *Short Care* que compôs o *Brasilian Old Age Schedule* (BOAS). As taxas de prevalência de sintomas depressivos foram diferentes entre os distritos estudados variando entre 20,9%, 23% e 36,8%. Os autores atribuíram tais resultados as diferenças socioeconômicas e, principalmente, a problemas de adequação do instrumento utilizado.

No Estudo SABE foram estudados 2.143 idosos residentes no ano 2000 no município de São Paulo, utilizando-se a GDS-15 obtendo-se a prevalência de 18,1% de sintomas depressivos nessa população (Cerqueira, 2003).

No Projeto Bambuí foram avaliados 1.510 idosos com o *General Health Questionnaire* (GHQ). Os autores constataram a prevalência de 38,5% e observaram maior frequência de sintomas depressivos entre as mulheres, idosos com 80 anos ou mais e entre aqueles que referiram pior condição de saúde e insônia. Os autores não explicam a alta prevalência de depressão nessa população, pois os fatores a eles associados são semelhantes aos descritos em outros estudos, sendo necessárias novas abordagens para elucidar tal resultado (Castro-Costa et al, 2008) .

Lima et al (2009) acompanharam um coorte de idosos residentes em subdistrito da cidade de São Paulo por aproximadamente 15 anos – Projeto EPIDOSO. Para o rastreamento da sintomatologia depressiva através de um instrumento denominado *Short-Psychiatry Evaluation Schedule* (Pfeffer, 1975; Blay et al, 1988). A taxa de prevalência de sintomas depressivos para essa população foi de 21,1%.

Também na cidade de São Paulo, outro grupo de pesquisadores que utilizou uma escala de sintomas depressivos composta por 10 itens baseadas na GDS-30 e na CES-D, denominada de D-10. Foram avaliados 1.563 idosos e a frequência de sintomas depressivos foi de 13% (Barcelos-Ferreira et al, 2009).

Essa descrição dos estudos epidemiológicos, sintetizada nos Quadros 3 e 4 ratificam a revisão de Beekman et al (1999) que apontava para a grande variabilidade entre os dados de prevalência na literatura, identificando taxas mais baixas entre os instrumentos que avaliaram depressão maior e mais altas entre aqueles que avaliaram sintomas depressivos, sugerindo que esta última condição é mais frequente entre os idosos.

Quadro 3: Estudos epidemiológicos internacionais

AUTOR/ANO	PAÍS	INSTRUMENTO	PREVALÊNCIA	
			SINTOMAS DEPRESSIVOS	DEPRESSÃO MAIOR
Robins & Regier, 1991	EUA	CES-D	15,0%	
Beekman et al, 1995	Holanda	DIS		2,0%
Steffens et al, 2000	EUA	DIS	5,3%	4,3%
Chong et al, 2001	Taiwan	GMS – AGE CAT	15,3%	5,9%
Wilhelm et al, 2003	Austrália	CIDI		1,2%
Wurff et al, 2004	Holanda	CES-D	Turcos 33,6% Marroquinos 61,5% Holandeses 14,5%	
Lai et al, 2004	Canadá	GDS -15	24,2%	
Wada et al, 2004	Japão	GDS-15	Hokkaido 34,6% Shiga 34,4% Kyoto 32,3% Mie 34,5%	
Chen et al, 2005	China	GMS – AGE CAT		6,0%
Sherina et al, 2005	Malásia	GDS-30	6,3%	
Romero et al, 2005	EUA	GDS-15	9,5%	
Stek et al, 2006	Holanda	GDS-15	15,0%	
McDougall et al, 2007	Inglaterra	GMS – AGE CAT		8,7%

(continua na próxima página)

Quadro 3: Estudos epidemiológicos internacionais (continuação)

AUTOR/ANO	PAÍS	INSTRUMENTO	PREVALÊNCIA	
			SINTOMAS DEPRESSIVOS	DEPRESSÃO MAIOR
Torija et al, 2007	Espanha	GDS-15 + Entrevista	19,7%	5%
Castro-Costa et al, 2007	Share Study	EURO-D	França 33,3%	
			Itália 33,7%	
			Espanha 36,8%	
			Dinamarca 18,1%	
			Suécia 19,2%	
			Alemanha 18,5%	
			Holanda 19,4%	
			Áustria 19,6%	
Má et al, 2008	China	CIDI		4,3%
Ganatra et al, 2008		GDS-15	22,9%	
Kim et al, 2009	Koréia	GDS-15	63,0%	
Borjoquez-Chapela, 2009	México	CES-D	43,0%	

Quadro 4: Estudos epidemiológicos brasileiros.

AUTOR/ANO	LOCAL	INSTRUMENTO	PREVALÊNCIA	
			SINTOMAS DEPRESSIVOS	DEPRESSÃO MAIOR
Veras & Coutinho, 1991	Rio de Janeiro	BOAS	Copacabana	23,0%
			Meier	20,9%
			Santa Cruz	36,8%
Cerqueira, 2003	São Paulo	GDS-15		18,1%
Castro-Costa et al, 2008	Minas Gerais	GHQ	BambuÍ	38,5%
Lima et al, 2009	São Paulo	SPES		21,1%
Barcelos-Ferreira et al, 2009	São Paulo	D-10		13,0%

1.3.2. Estudos de incidência de Depressão e Sintomas Depressivos em Idosos

É importante ressaltar as dificuldades de estudos longitudinais com idosos, devido, principalmente, à grande ocorrência de óbitos nessa população (Argimon & Stein, 2005). Além disso, especificamente em relação aos estudos de incidência de depressão são bem estabelecidas as dificuldades dos desenhos longitudinais. A depressão pode ser uma doença cíclica (intermitente) ou contínua, podendo até mesmo ser remitida e por essas razões pode não ser diagnosticada nos momentos de investigação, alterando sua medida (Weich & Prince, 2003). Para minimizar esse tipo de viés, recomenda-se a utilização de instrumentos que contemplem depressão ao longo da vida ou que sejam feitas reavaliações mais frequentes. Todavia, para isso dever-se-ia utilizar instrumentos mais complexos, que exigem entrevistadores especializados, o que dificulta e encarece os estudos populacionais que visam abordar aspectos multidimensionais do envelhecimento e não especificamente depressão.

Schoevers et al (2000) num estudo prospectivo com tempo de seguimento de três anos, avaliaram idosos holandeses com objetivo de investigar a etiologia da depressão nessa população, bem como a incidência e fatores associados. Utilizaram como instrumento para essa avaliação o GMS-AGECAT, e a incidência encontrada nessa população foi de 15,9% de sintomas depressivos.

Heun & Hein (2005) investigaram fatores de risco para depressão em idosos moradores de uma comunidade alemã. Foi num estudo prospectivo, com um tempo médio de seguimento de quatro anos e meio após a entrevista inicial. Os sujeitos foram selecionados após confirmar-se pela entrevista inicial que nunca tinham tido quadro depressivo e pela análise de história familiar que indicasse que algum familiar direto tinha apresentado algum

transtorno psiquiátrico, em especial depressão. Os idosos foram avaliados por meio da CIDI que indicou uma incidência de depressão de 27,8%.

The Cache County Study reavaliou idosos após três anos do projeto inicial. Com o mesmo instrumento (DIS), e atualização segundo os critérios diagnósticos do sistema vigente, obtendo uma incidência de depressão maior de 10,5% (Norton et al, 2006).

Stek et al (2006) realizaram um estudo prospectivo, com cerca de 600 idosos nascidos nos anos entre 1912 e 1914, residentes no município de Leiden, com período de seguimento de aproximadamente quatro anos, com reavaliações anuais, nas quais foi possível observar o caráter cíclico da depressão, verificando que muitos casos tiveram remissão e outros recorrência dos sintomas, demonstrando também a cronicidade do quadro depressivo durante o tempo de seguimento. Neste estudo depressão e pior capacidade funcional aumentaram o risco de institucionalização. A incidência de depressão foi de 6,8%.

Luijendijk et al (2008) seguindo uma coorte de idosos holandeses por oito anos, procuram identificar episódios de depressão maior e sintomas depressivos clinicamente relevantes. A depressão foi identificada através de avaliações periódicas, registros médicos, uso de medicações antidepressivas e relato de história de depressão. A incidência foi de 7% e de 27,5% de recorrência. Essas taxas (de incidência e recorrência) dobraram quando foram incluídos sintomas depressivos clinicamente relevantes.

O ZARADEMP *Study* acompanhou uma coorte de idosos por aproximadamente quatro anos e meio. As avaliações diagnósticas foram realizadas utilizando os critérios do AGECAT (Coopeland et al, 1986). Dados complementares foram obtidos em entrevista sobre história prévia de depressão, antecedentes psiquiátricos, tratamentos anteriores e história familiar. A incidência de depressão neste estudo foi de 14,4% (Cámara et al, 2008).

Quadro 5: Estudos de incidência de depressão e sintomas depressivos.

AUTOR/ANO	PAÍS	MÉTODO	TEMPO DE SEGUIMENTO	INCIDÊNCIA	
				SINTOMAS DEPRESSIVOS	DEPRESSÃO MAIOR
Schoevers et al, 2000	Holanda	GMS- AGECAT	3 anos	15,9%	
Heun & Hein	Alemanha	CIDI	4,5 anos		27,8%
Stek et al, 2006	Holanda	GDS-15	4 anos	6,0%	
Norton et al, 2006	EUA	DIS	3 anos		15,9%
Cámara et al, 2008	Espanha	GMS- AGECAT	4,5 anos		14,4%
Luijendijk et al ,2008	Holanda	CES-D + Av. Diagnóstica Clínica	8 anos		7,0%

1.3.3. Fatores associados à Depressão e Sintomas Depressivos em idosos

A literatura da área indica que os fatores associados à depressão e sintomas depressivos em idosos são: sexo, com predominância do sexo feminino, (Cerqueira, 2003; Wurff et al, 2004; Sherina et al, 2005; McDougall et al, 2007; Má et al, 2008), idade (Torija et al, 2007), baixa escolaridade (Chong et al, 2001; Má et al, 2008; Borjouquez-Chapela et al, 2009); menor renda e presença de privações sociais (Torija et al, 2007; McDougall et al, 2007; Má et al 2008; Ganatra et al, 2008; Borjouquez-Chapela et al, 2009), prejuízo na capacidade funcional (Sherina et al, 2005; McDougall et al, 2007; Torija et al, 2007; Borjouquez-Chapela et al, 2009), comprometimento cognitivo (Sherina et al, 2005; Torija et al, 2007), maior número de comorbidades (Chong et al, 2001; Wurff et al, 2004; Lai et al, 2004; Sherina et al, 2005; Torija et al, 2007; McDougall et al, 2007; Má et al, 2008; Ganatra et al, 2008), determinantes socioculturais e religião (Lai et al, 2004; Ganatra et al, 2008), e por fim, ter antecedentes psiquiátricos – história de depressão prévia (McDougall et al, 2007).

1.3.3.1. Sexo

Várias pesquisas populacionais detectaram mais depressão e/ou sintoma depressivos em idosos no sexo feminino (Cerqueira, 2003; Wurff et al, 2004; Sherina et al, 2005; McDougall et al, 2007; Má et al, 2008), sugerindo que esses achados poderiam ser explicados pela maior exposição das mulheres a fatores de risco como baixo nível de escolaridade, viver sozinha, viuvez, apresentar maior número de comorbidades físicas e limitações funcionais. No entanto, alguns autores sugerem que, diante das vulnerabilidades comuns no envelhecimento como as alterações das condições de saúde e o aparecimento de doenças crônicas, essa diferença de prevalência entre homens e mulheres pode diminuir ou

praticamente desaparecer, igualando essa condição para ambos os gêneros (Alvarado et al, 2007). Há indicações que em sociedades onde existem maior segurança e estabilidade econômica a prevalência de sintomas depressivos é semelhante entre homens e mulheres, por outro lado, em sociedades nas quais a desigualdade social é marcante, a diferença de ocorrência sintomas depressivos entre homens e mulheres é mais significativa (Romero et al, 2005; Alvarado et al, 2007; Borjouquez-Chapela et al, 2009).

1.3.3.2. Idade

Outro fator de risco discutido na literatura é a idade. Beekman et al (1999) e Snowden (2002), em revisão de estudos populacionais, consideram que não é possível concluir se a depressão é mais comum em faixas etárias específicas. No entanto, observaram que, na maioria dos estudos, a velhice é a fase da vida em que os indivíduos estão mais expostos a fatores de risco, como eventos vitais adversos (perdas, lutos), alterações nas condições de saúde e diminuição de suporte social, acarretando aumento da presença de quadros depressivos nas faixas etárias mais elevadas. Beekman et al (1999), contudo, constataram um decréscimo da prevalência de depressão maior com o avançar da idade, sendo esta menos frequente nos indivíduos muito idosos.

1.3.3.3. Condições socioeconômicas

Tem sido descrito que baixa escolaridade e menor renda entre idosos associam-se a maiores taxas de sintomas depressivos. Os baixos níveis de escolaridade, frequentemente, são indicativos de inserção em ocupações não qualificadas, que conseqüentemente geram menor renda, o que pode expor esses idosos a condições de vida mais desfavoráveis (Romero

et al, 2005; McDougall et al, 2007; Torija et al, 2007; Má et al, 2008; Borjoques-Chapela et al, 2009).

Alguns autores também têm investigado a influência das condições socioeconômicas desfavoráveis na infância, com efeito cumulativo ao longo da vida, como fator de risco para a ocorrência de episódio depressivo (Alvarado et al, 2007). Indivíduos expostos precocemente a condições socioeconômicas adversas estão mais sujeitos a um acúmulo de desvantagens como baixo nível socioeconômico, desemprego, baixa escolaridade, piores condições de moradia, baixa renda, tornando-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e mentais (Alvarado et al, 2007). Romero et al (2005) sugerem que condições sócioeconômicas podem ser fatores de risco para depressão não apenas pela exposição a condições desfavoráveis, mas também por essas pessoas terem menos recursos psicológicos e sociais para lidar com o estresse.

1.3.3.4. Fatores socioculturais

Lai et al (2004) estudaram idosos chineses imigrantes e registraram a presença e a importância de determinantes socioculturais na saúde mental daqueles indivíduos. Os autores constataram que, apesar de idosos imigrantes morarem no Canadá há mais de 18 anos, existiam diferenças culturais que foram relatadas como barreiras para que eles percebessem sofrimento mental. O impacto negativo da experiência da imigração somado à desvantagem econômica frequentemente associada nesses casos, favorece uma condição de vulnerabilidade para depressão e outros problemas de saúde mental.

Wurff et al (2004) obtiveram três valores de prevalência distintas para três diferentes comunidades de imigrantes. As prevalências foram 33,6% para os marroquinos, 61,5% para os turcos e 14,5 % para os holandeses. Além das diferenças étnicas, os autores

identificaram como fatores de risco para os três grupos: ser do sexo feminino, não estar casado, morar só, ter limitações físicas e ter uma ou mais doença crônica. No entanto, os autores acreditam que esses fatores de risco explicam parcialmente as altas prevalências de sintomas depressivos e outros estudos precisam ser realizados para explicar a forte associação da etnia nessa população.

Ganatra et al (2008), além dos fatores comumente descritos na literatura, como maior número de comorbidades e problemas financeiros, detectaram como fator desencadeante de depressão as dificuldades para suprir as necessidades espirituais (religiosidade). Koenig (2007) estudando a relação entre depressão e envelhecimento constatou que idosos que apresentavam depressão, tinham menor afiliação religiosa e prática religiosa menos intensa (oravam menos, liam menos a bíblia e davam menor importância a religião). Em outro estudo, Koenig et al (1998) observaram que a remissão dos sintomas depressivos tinha associação significativa com o sentimento religioso de cada pessoa e que quanto maior essa religiosidade mais rapidamente ocorria a remissão dos sintomas depressivos. Cohen et al (2003) verificaram que o envolvimento religioso parece ter efeito protetor para o bem estar físico e emocional para os indivíduos que estão enfrentando situações difíceis, reafirmando-se a importância de fatores socioculturais como determinantes de transtornos mentais.

1.3.3.5. Comprometimento cognitivo e Capacidade funcional

Idosos frequentemente têm depressão associada a declínio cognitivo (Sherina et al, 2005; Torija et al, 2007) e, a partir dos 75 anos, é também muito comum a associação de depressão com casos de demência (Snowdon, 2002; Mendes-Chiloff et al, 2008).

Estudos têm demonstrado a associação de depressão com maior prejuízo da capacidade funcional, avaliada pela dependência desses idosos para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária, incapacidade muitas vezes decorrente de um comprometimento da saúde física (Mendes-Chiloff et al, 2008). Esses dados evidenciam a necessidade de cuidados especiais para esses pacientes, que podem ter sua dependência do meio social externa bastante acentuada.

1.3.3.6. Morbidade

Pesquisas têm sido bastante concordantes na demonstração de que a depressão no idoso está associada à presença de doenças físicas (Koenig et al 1988; Teng et al, 2005). Muitas doenças crônicas apresentam relação direta com depressão, como as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e várias síndromes dolorosas (Teng et al, 2005). Portanto, há evidências de que pacientes com doenças crônicas têm maior risco de apresentar depressão, o que gera maior prejuízo em sua qualidade de vida, traz dificuldades no tratamento, aumenta o uso dos serviços de saúde, o número de comorbidades e as taxas de mortalidade (Blazer et al, 2001; Koenig et al 1988; Teng et al, 2005; Mendes-Chiloff, 2008).

Djernes (2006), em extensa revisão de estudos epidemiológicos sobre depressão em idosos na comunidade e em instituições, assinala que idosos saudáveis com capacidade funcional preservada, não apresentam maiores riscos de depressão se comparados aos idosos doentes e com prejuízo funcional. Assim, aparentemente, efeitos relacionados à idade sobre a depressão podem ser devidos principalmente a problemas físicos de saúde e ao comprometimento funcional. Afirmar ainda este autor que há forte associação entre o início de sintomas e quadros depressivos com a ocorrência de doenças somáticas crônicas, prejuízo

cognitivo e comprometimento funcional, decorrente de problemas de saúde. Isto evidenciaria o papel central desses problemas para o desenvolvimento ou potencialização dos quadros depressivos (Djernes, 2006).

1.3.3.7. Mortalidade

A associação entre depressão e mortalidade tem sido muito discutida na literatura.

Schoevers et al (2000) investigaram a associação entre depressão mortalidade e gênero entre os idosos de Amsterdã (AMSTEL). Os autores observaram que os idosos com diagnóstico de depressão maior tiveram aumento do risco de mortalidade para ambos os sexos e que os idosos do sexo masculino com diagnóstico de síndromes depressivas tinham o risco de mortalidade aumentada. Esse resultados também foram observados por Mendes-Chiloff et al (2008) num estudo com idosos hospitalizados. Os autores verificaram que os idosos que tinham sintomas depressivos apresentaram alta taxa de mortalidade (OR=5,5) quando comparados aos não deprimidos.

1.3.3.8. Antecedentes psiquiátricos

Heun & Hein (2005) investigaram, em um estudo longitudinal, a importância dos antecedentes familiares e de episódios depressivos prévios na incidência de casos novos e reincidência de episódios depressivos. Concluíram que dentre os diversos fatores de risco apontados na literatura, depressão prévia é o fator de maior relevância para a incidência e reincidência de episódios depressivos, principalmente na terceira idade.

Outros autores têm demonstrado que depressão e ansiedade são comuns durante todo o ciclo vital, inclusive na terceira idade (Beekman et al, 1995; Fava et al, 2000). Beekman et al (2000) examinaram as comorbidades e outros fatores de risco para depressão e ansiedade em idosos holandeses, verificando que aqueles que apresentavam transtorno de ansiedade e transtorno depressivo associados representavam um quadro psiquiátrico mais grave, somando-se maior número de comorbidades.

Justificativa

Considerando as repercussões que a depressão e os sintomas depressivos têm sobre a saúde do idoso: maior prejuízo da capacidade funcional, maior número de doenças físicas, aumento da mortalidade, assim como ocasionando significativa piora da qualidade de vida, torna-se relevante estudar tais condições. Além disso, sabe-se que o diagnóstico e tratamento precoces desses quadros podem favorecer a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional do indivíduo, bem como permitir um planejamento mais adequado dos programas e serviços de saúde de atenção a essa população.

2. Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Estimar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos em uma coorte de idosos do município de São Paulo.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever uma coorte de pessoas com 65 anos ou mais moradoras do município de São Paulo em relação a aspectos sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, religião, qualificação e situação ocupacional, renda *per capita*, situação conjugal, arranjo familiar), de saúde (morbidade auto-referida, auto-avaliação da saúde e, uso de remédios, desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária) e resultado da avaliação da função cognitiva.
 - Estudar a associação de sintomas depressivos com as características acima indicadas, procurando identificar fatores de risco e de proteção atuais e pregressos.
-

3. Método

3. MÉTODO

3.1. Descrição do estudo

Estudo de corte transversal e longitudinal de idosos de 65 anos e mais. O estudo longitudinal de sintomas depressivos desta população tomou como base os dados obtidos pelo ESTUDO SABE em 2000 (A00) e os obtidos em 2006 (A06), o que permitiu estudar os preditores de depressão.

3.2. Estudo SABE

Com o objetivo de preencher a urgente necessidade de informações sobre as condições de vida do idoso (sociais, econômicas, de saúde, redes de apoio, acesso aos serviços de saúde, etc) a Organização Panamericana, através de um convênio interagencial e com a colaboração de diversos países da região desenvolveu o Projeto SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). O Projeto SABE foi iniciado como um estudo multicêntrico sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas em sete centros urbanos na América Latina e Caribe: Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); São Paulo (Brasil); Santiago (Chile); Havana (Cuba); Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai), considerando que estas cidades representariam todos os regimes demográficos que estão produzindo médias e altas taxas de envelhecimento (Palloni & Peláez, 2003). A equipe de pesquisadores do SABE teve múltiplos componentes, coordenação por equipe própria em cada país, sendo a equipe

brasileira coordenada pelos pesquisadores, os Professores Titulares Ruy Laurenti e Maria Lúcia Lebrão (Palloni & Peláez, 2003).

Na fase um, o estudo caracterizou-se como uma pesquisa transversal, exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Nesse momento (A00) foram entrevistados 2.143 idosos. A partir de 2006, o Estudo SABE transformou-se num estudo longitudinal, que buscou estudar as alterações nas condições de vida e de saúde dos idosos no município de São Paulo e seus determinantes. Nesse segundo momento, uma nova amostra de idosos de 60 a 64 anos foi incluída para formar uma nova coorte. Pretende-se que a cada cinco anos ocorra o acompanhamento da coorte e a inserção de uma nova, na faixa etária de 60 a 64 anos, conforme a descrição realizada na figura 1.

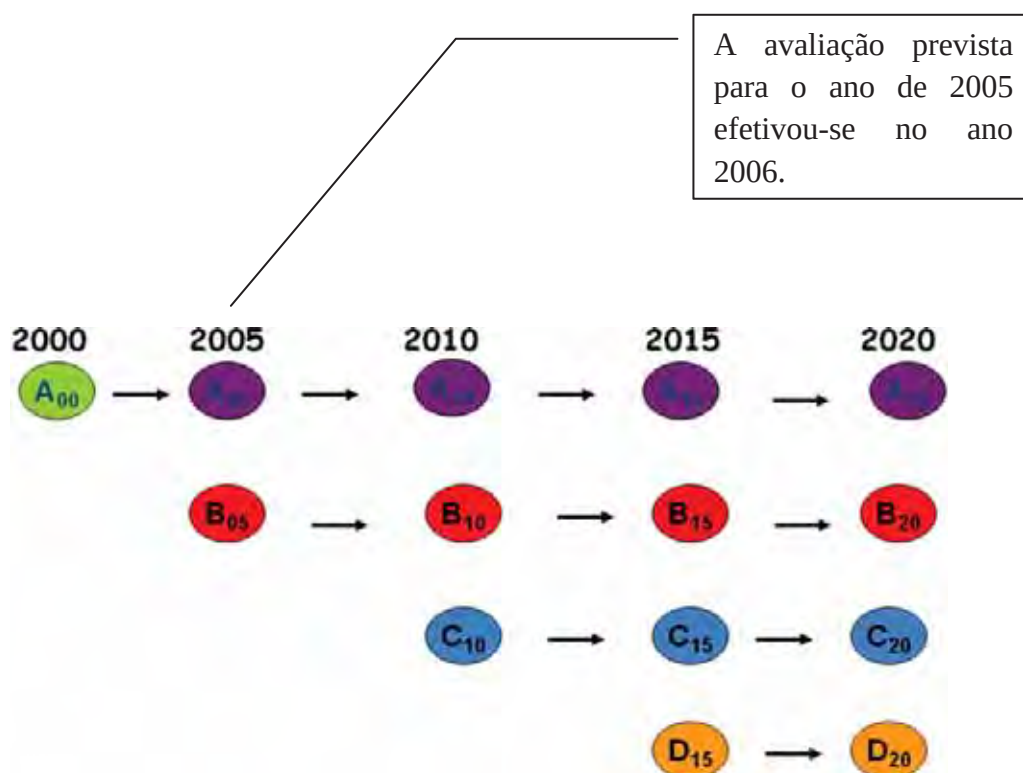


Figura 1: Coortes do Estudo SABE – São Paulo

3.3. População

Pessoas de 65 anos e mais, residentes no Município de São Paulo e entrevistadas pelo ESTUDO SABE no ano 2000. A amostra do ESTUDO SABE 2000 foi composta por dois segmentos. O primeiro, resultante de sorteio, baseou-se em cadastro permanente de 72 setores censitários, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1995), composto por 263 setores censitários sorteados mediante amostragem por conglomerados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. Esse segmento correspondeu à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistados. O segundo segmento, composto por residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, corresponde ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos ou mais foi realizada por meio da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados (Lebrão & Laurenti, 2005).

Para o SABE 2006, baseado na taxa de mortalidade dessa faixa etária e na proporção de mudanças encontradas anteriormente, estimou que houvesse uma perda de 20% da amostra, passando, dessa forma, dos 2.143 entrevistados para 1.715 pessoas a serem entrevistadas. No entanto, dos 2.143 idosos entrevistados em 2000 conseguiu-se entrevistar novamente 1.115 pessoas. No período entre as duas avaliações ocorreram 649 óbitos, 11 institucionalizações, 52 mudanças para outros municípios, 139 pessoas não foram localizados e 177 pessoas recusaram-se a serem novamente avaliada (Lebrão & Duarte, 2008).

Para o estudo de depressão, foi estabelecido como critério a exclusão dos idosos com provável demência, pois a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) deve ser respondida pelo próprio sujeito e não por um informante. Para a identificação desses casos utilizou-se o resultado do Mini-Exame do Estado Mental Abreviado (MEEM) associado ao resultado do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (QPAF), como filtro para a continuação da entrevista com um *proxy*. Assim sendo, os 128 idosos que atingiram critério para provável demência não responderam a GDS. Foram considerados como casos de provável demência os idosos que obtiveram pontuação inferior a 13 pontos no MEEM abreviado e pontuação superior a cinco pontos no QPAF. Entre os idosos que atenderam o critério de inclusão, 15 recusaram-se a responder o questionário, totalizando 972 sujeitos submetidos à GDS dos 1115 idosos que compuseram a coorte A06 (Figura 2).



Figura 2: Composição da amostra do estudo de sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo (A06).

3.4. Instrumento

Foi utilizado o instrumento primário de coleta de dados (utilizado em 2000) sob a forma de inquérito domiciliário, contendo questões detalhadas de três módulos principais: sociodemográfico, condições de saúde e uso de serviços de saúde, - revisto e com alterações relacionadas a questões não satisfatórias quando do primeiro inquérito. Foram retiradas questões cujas respostas, com certeza, não tiveram mudanças ao longo desses anos, tais como dados pessoais, e acrescentadas questões e instrumentos que contribuiriam com informações complementares aos objetivos propostos no estudo. O questionário foi complementado por medidas do estado nutricional dos entrevistados usando avaliação de biomassa com uma combinação de medidas antropológicas (peso, altura, força manual, prega cutânea, cintura e quadril e circunferência da panturrilha) e avaliação da saúde bucal. (Lebrão & Laurenti, 2005)*.

No novo questionário foram incluídos outros instrumentos de interesse: Medida de Independência Funcional - MIF (Riberto et al, 2001) para a avaliação das atividades básicas de vida diária, *“Late-life function and disability instrument”*, para melhor avaliação da funcionalidade e da incapacidade, em especial as atividades instrumentais de vida diária, SF-12 para avaliação de qualidade de vida, APGAR de família para avaliação de funcionalidade familiar, desenvolvido por Smilkstein (1978) e validado por Duarte (2001), *Carer Burden Interview* (Zarit et al, 1980; Scazufca, 2002) para avaliação de sobrecarga de cuidadores familiares, autópsia verbal e avaliação de institucionalização. Portanto, o questionário ficou composto conforme descrito no quadro 1, podendo ser acessado no seguinte endereço: <http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Questionario.html>

*Lebrão ML, Laurenti R. Estudo SABE 2005: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Estudo longitudinal sobre as condições de vida dos idosos do município de São Paulo. [Projeto FAPESP] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2005. Material não publicado.

A partir do questionário completo foram selecionadas variáveis para compor o presente estudo visando estudar sintomas depressivos nos idosos do município de São Paulo.

Quadro 6: Composição do questionário SABE 2006.

 ESTUDO SABE SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS 	
SEÇÃO	AVALIAÇÃO
SEÇÃO A	Informações Pessoais
SEÇÃO B	Avaliação Cognitiva
SEÇÃO C	Estado de Saúde
SEÇÃO D	Estado Funcional
SEÇÃO E	Medicamentos
SEÇÃO F	Uso e acesso a serviços
SEÇÃO G	Rede de apoio familiar e social
SEÇÃO H	História de trabalho e fonte de receitas
SEÇÃO J	Características de moradia
SEÇÃO K	Antropometria
SEÇÃO L	Flexibilidade e mobilidade
SEÇÃO M	Maus tratos
SEÇÃO N	Avaliação da sobrecarga dos cuidadores

Escala de Depressão Geriátrica (GDS): *Geriatric Depression Scale*, desenvolvida em 1983 por Yesavage e cols. e posteriormente apresentada por Sheik & Yesavage (1986) numa versão mais resumida, composta por 15 itens. A GDS é de fácil aplicação e compreensão, podendo ser utilizada em indivíduos com distúrbios clínicos e cognitivos, uma vez que apresenta pouca ênfase nos sintomas somáticos, tendo já integrado o questionário primário aplicado no ano 2000. A GDS compõe-se de perguntas simples, com respostas tipo sim/não. Devido às suas características, pode ser de auto-aplicação, dependendo das características da população-alvo, ou pode ser aplicada por pessoas sem formação médica ou psiquiátrica. A GDS, na prática, mostrou-se muito adequada para a utilização em indivíduos idosos em diversos estudos e passou a ser largamente utilizada em pesquisa, para detecção de depressão em idosos (Stiles & McGarrah, 1998). Também passou a ser utilizada em serviços de atendimento a idosos, sendo incluída em avaliações globais em serviços geriátricos. Em 1999, Almeida & Almeida desenvolveram um estudo de confiabilidade da versão reduzida da escala (15 questões). Almeida & Almeida (1999) verificaram que, embora tenham encontrado baixa estabilidade entre os itens individuais da escala, havia relativa estabilidade para o escore total, sendo esse um indicador estável do humor do paciente entrevistado. Foram utilizados como pontos de corte, a pontuação seis ou mais para sintomas depressivos leves e 11 ou mais para sintomas depressivos graves. A pontuação nesta escala varia de 0 a 15 pontos.

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): Para a avaliação do estado cognitivo dos idosos no Estudo SABE, utilizou-se uma versão modificada e validada no Chile, por Icaza e Albala (1999), do MEEM, desenvolvido por Folstein et al (1975). O MEEM é um instrumento de rastreamento de comprometimento cognitivo e tem sido utilizado internacionalmente com o objetivo de fornecer informações sobre diferentes dimensões cognitivas, tais como orientação, memória, cálculo e linguagem. Estabeleceu-se no estudo de Icaza e Albala (1999) um ponto

de corte de 12/13, com o qual se obteve uma sensibilidade e especificidade de 93,8 e 93,9 respectivamente, sendo o declínio cognitivo indicado pela pontuação igual ou inferior a 12. A opção pela versão reduzida do instrumento foi feita diante da constatação de que a versão completa do MEEM sofre grande influência do nível educacional dos sujeitos avaliados. Com o objetivo de reduzir o efeito da escolaridade sobre os resultados do MEEM, a versão simplificada foi construída, eliminando questões que eram mais sujeitas ao efeito da escolaridade.

Pfeffer Questionnaire: escala de avaliação funcional e cognitiva aplicada a informante desenvolvida por Pfeffer e cols (1982). É composta por dez itens, evidencia a funcionalidade através do grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária. O escore mínimo é zero e o máximo é 30 e pontuações maiores evidenciam pior desempenho e a nota de corte é 5.

Índice KATZ para Atividades Básicas de Vida Diária: escala desenvolvida por Katz (1963) para avaliar a capacidade de idosos e pessoas cronicamente doentes ou institucionalizadas em relação a Atividades de Vida Diária. É um instrumento que avalia a capacidade referida do indivíduo, ou seja, avalia-se o que o idoso ou seu informante refere sobre o que ele é capaz de fazer. Com essa escala pretendeu-se avaliar as atividades básicas de vida diária (AVD), atividades que dizem respeito ao auto-cuidado, como ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, locomover-se e controlar os esfíncteres. Para a avaliação são fornecidos três tipos de pontuação, que indicam os diferentes níveis de indenpendência: independente, necessidade de ajuda e dependente. A avaliação contempla desde o indivíduo totalmente independente àquele que necessita de diferentes níveis de ajuda (necessidade de

ajuda em uma atividade, ou em duas, etc.) até o indivíduo dependente, ou seja, aquele que tem necessidade de ajuda em mais de quatro atividades.

Índice de Lawton para Atividades Instrumentais de Vida Diária: índice obtido a partir da escala desenvolvida por Lawton (1969) avalia a capacidade do paciente em relação a atividades instrumentais de vida diária, tais como usar telefone, viajar, fazer compras, cuidar da casa, administrar o dinheiro e tomar medicação. A avaliação é feita através da pontuação em três diferentes níveis de independência: independente, necessidade de ajuda e dependente. Também nessa escala, na avaliação final, observa-se se o indivíduo é totalmente independente, em quantas atividades ele é dependente/necessita de ajuda e finalmente se ele é dependente em mais de quatro atividades.

Apgar de Família: O Apgar de Família ou *Family Apgar*, desenvolvido por Smilkstein em 1978, é um instrumento composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva (Duarte, 2001). No Brasil, a tradução e adaptação do instrumento foram realizadas com o objetivo de verificar as propriedades de medida do *Family Apgar* quando aplicados a idosos independentes, dependentes e seus cuidadores (Duarte, 2001). A validação psicométrica foi realizada por essa mesma autora. Os resultados obtidos com a aplicação do Apgar são convertidos em escores partindo de uma escala de respostas com cinco opções para cada um dos componentes a serem avaliados. A indicação da resposta “Sempre” corresponde ao escore = 4, “Quase sempre” = 3, “Algumas Vezes” = 2,

“Raramente” = 1 e “Nunca” = 0. A somatória dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar (Duarte, 2001).

3.5. Procedimento

Depois de obtida autorização para utilizar o Banco de Dados do ESTUDO SABE, foram selecionadas variáveis para compor um banco de dados específico para este estudo.

3.6. Análise dos dados

As variáveis foram selecionadas de acordo com os objetivos deste projeto e organizadas em contínuas, categóricas ou ordenadas, para realização da análise estatística dos dados (Quadro 3). Os dados foram armazenados e analisados estatisticamente pelo programa Stata 10.0 (Statacorp, 2007).

Foi utilizada a função “*survey*” que permitiu incorporar aspectos referentes ao delineamento complexo de amostragem (ponderação dos dados através de pesos previamente definidos).

No estudo transversal foram analisados os dados obtidos em 2006 (prevalência e fatores associados).

Para a análise dos dados no momento longitudinal foi utilizada a função “*merge*” do software estatístico Stata 10.0 (2007) para a junção dos bancos relativos às coortes 2000 e

2006. Para a os sujeitos que responderam a GDS em 2006 estudou-se a associação de casos de sintomas depressivos com possíveis fatores de risco presentes em 2000, pretendendo-se identificar preditores para esses sintomas em 2006. Para se estudar fatores de proteção para sintomas depressivos, entre as características presentes no ano 2000, foram identificados os sujeitos que não foram casos de sintomas depressivos em 2000 (A00) e nem em 2006 (A06), criando-se uma variável que foi denominada “sem depressão”, considerada um dos desfechos deste estudo.

As associações foram estudadas por meio do teste de Rao-Scott, que realiza a prova de significância da associação, ajustando-se pelo desenho amostral, recomendado em estudos com amostras complexas (Lee & Forthofer, 2006).

Foi realizada a análise multivariada através da regressão logística tipo *stepwise-backward*. Foram incluídas nos modelos todas as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância de 90% ($p < 0,10$) e outras variáveis de relevância teórica, pretendendo-se identificar as associações livres de confusão.

Para se avaliar possível presença de colineariedade entre as variáveis que compuseram os diferentes modelos na análise multivariada utilizou-se o fator de inflação de variância (VIF). Valores do VIF inferiores a dez (<10) foram considerados indicativos de ausência de colineariedade (Kleinbaum, 1988).

Quadro 7: Variáveis selecionadas para o presente estudo.

VARIÁVEL	CATEGORIAS OU UNIDADES DE MEDIDA	QUESTÃO
SEXO	• Masculino • Feminino	C.18
IDADE	• Em anos completos	A.1a; A.1b
FAIXA ETÁRIA	• 65-69 • 70-74 • 75-79 • 80 ou mais	A.1a; A.1b
ESCOLARIDADE	• Em anos completos	A.6
FAIXA ESCOLARIDADE	• Não frequentou escola • De 1 a 3 anos • De 3 a 7 anos • 8 anos ou mais	A.6
ANALFABETISMO FUNCIONAL	• Sabe ler e escrever um recado?	A.5a
ARRANJO FAMILIAR	• Sozinho • Acompanhado	A.7
SITUAÇÃO CONJUGAL	• Casado/amasiado • Divorciado/separado • Solteiro • Viúvo	A.13c
RELIGIÃO	• Católica • Protestante/evangélica • Espírita • Outros	A.11a

Continua na próxima página

Continuação do Quadro 7

VARIÁVEL	CATEGORIAS OU UNIDADES DE MEDIDA	QUESTÃO
FREQUÊNCIA QUE VAI AO SERVIÇO RELIGIOSO	• Nunca • Várias vezes /ano • Uma/duas vezes ao mês • Semanalmente ou mais	A.11c
FREQUÊNCIA QUE PRÁTICA RELIGIÃO (REZA/ORA)	• Diariamente • Semanalmente • Ocasionalmente	A.11h
RELIGIÃO AJUDA ENTENDER DIFICULDADES	• Completamente • Muito • Não muito • Nada	A.11e
SITUAÇÃO OCUPACIONAL	• Trabalha • Não trabalha	H.21; H8
RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO	• < 1 sm • 1 sm a 2,99 • 3 sm a 4,99 • 5 sm ou mais	H.27a
PERCEPÇÃO DE RENDA	• Suficiente • Insuficiente	H.30
AUTO-AVALIAÇÃO DE MEMÓRIA	• Excelente / muito boa / boa • Regular • Ruim	B.01
AVALIAÇÃO COGNITIVA (MEEM)	• Caso • Não-caso	B.04; B.05; B.07; B.08; B.10; B.11; B.12; .13; B.14; B.15; B.16

Continua na próxima página

Continuação do Quadro 7

VARIÁVEL	CATEGORIAS OU UNIDADES DE MEDIDA	QUESTÃO
AUTO-AVALIAÇÃO CONDIÇÕES DE SAÚDE	- Muito boa - Boa - Regular - Ruim	C.1
MORBIDADE AUTO-REFERIDA	- Hipertensão - Diabetes - Neoplasias - Doença Crônica Pulmonar - Problemas Cardíacos - Acidente Vascular - Doenças Osteomusculares - Doenças Psiquiátricas - Depressão	C.4; C.5; C.7; C.8 C.9; C.10; C.20; C.20b2
USO DE REMÉDIOS	- Não toma nenhum - Toma apenas 1 - Toma 2 ou 3 - Toma de 4 a 7 - Toma mais de 8	E.7c
USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (últimos 12 meses)	- Hospitalar - Ambulatorial - Emergência - Atendimento Domiciliar	F.12b
AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO (GDS)	- Caso - Não-caso	C.140;C.141;C.142; C.143;C.144;C.145; C.146;C.147; C 148 C149; C150; .C 151 C.152; .153; C.154;
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (Katz e Lawton)	- Independente - Dependente em 1 ou 2 atividades - Dependente em 3 ou mais atividades.	D.10; D.11; D.13a; D14 a; D.15a; D.16a; D.17a; D.18a; D.19a; D.20a; D.22a; D.22a; D.23a; D.24a; D.25a.
FUNCIONALIDADE FAMILIAR (Apgar de Família)	- Boa funcionalidade - Disfunção moderada - Disfunção grave	G.51b;G.51c; G.51d; G.51e;G.51f.

4. Considerações Éticas

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo de pesquisa “PROJETO SABE 2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP em 14/03/2006 (Anexo 1).

A utilização do banco de dados do Projeto SABE para o “Estudo dos sintomas depressivos nos idosos do município de São Paulo” foi autorizada pela coordenação do referido projeto (Anexo 2).

5. Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Estudo Transversal – Prevalência e fatores associados

Serão apresentados resultados da caracterização da amostra estudada (N = 972) e os dados relativos aos sintomas depressivos e os fatores a eles associados no estudo transversal dos idosos avaliados no ano de 2006.

A Tabela 1 indica que a maioria dos idosos (61%) era do sexo feminino, 57,7% tinham até 74 anos de idade e 46,7% tinham de um a três anos de escolaridade. A média de anos de escola nessa amostra populacional foi de quatro anos (IC 95%: 3,4 – 4,7), chamando a atenção que quase metade desses idosos (46,7%) apresentava baixa escolaridade (de nenhuma escolaridade até três anos de estudo), sendo 15,1% considerados analfabetos funcionais, portanto, 84,9% referiram serem capazes de ler e escrever um recado. A maioria (76,1%) já não trabalhava, sendo 51,9% aposentados e 58,9% tinham renda de até três salários mínimos. Entre os idosos que continuavam a trabalhar, grande parte (54,6%) relatou fazê-lo por necessidade financeira, mas 41,8% referiram trabalhar por gostarem de fazê-lo ou para se sentirem úteis. A renda foi percebida como insuficiente para as despesas por 50,2% desses idosos. Comparando-se essas características em relação ao sexo, observaram-se associações significativas, predominando no sexo feminino menor nível de escolaridade, não exercer nenhuma ocupação profissional remunerada e apresentar menor renda ($p < 0,01$, $p < 0,001$ e $p < 0,001$ respectivamente).

Tabela 1: Distribuição das características sócio-demográficas, segundo sexo (coorte A06)

VARIÁVEIS	N	% (ajustada)	SEXO		P
			HOMEM %	MULHER %	
SEXO (N = 972)					
Masculino	366	39,0	-	-	
Feminino	606	61,0	-	-	
FAIXA ETÁRIA (N = 972)					
65 – 69 anos	198	28,3	28,9	27,8	
70 – 74 anos	217	29,4	30,8	28,5	
75 – 79 anos	207	24,0	21,8	25,4	0,66
80 anos ou mais	350	18,3	18,5	18,3	
ESCOLARIDADE (N = 971)					
Sem escolaridade	226	20,2	17,4	22,0	
1 – 3 anos	257	26,5	24,9	27,5	
4 – 7 anos	339	36,2	35,4	36,6	< 0,01
8 anos ou mais	149	17,1	22,3	13,9	
ANALFABETISMO FUNCIONAL (N = 971)					
Sim	813	84,9	88,6	82,5	
Não	158	15,1	11,4	17,5	< 0,05
SITUAÇÃO NA OCUPAÇÃO (N = 879)					
Trabalha	179	23,9	34,9	15,6	
Não trabalha	700	76,1	65,1	84,4	< 0,001
MOTIVO PARA TRABALHAR (N = 179)					
Precisa do dinheiro/família	91	54,6	54,9	54,2	
Manter-se ocupado/útil	43	21,9	21,6	22,5	
Gostar do trabalho	39	19,9	22,4	15,8	0,14
Outros	06	3,6	1,1	7,5	
MOTIVO PARA NÃO TRABALHAR (N = 698)					
Não consegue trabalho	37	6,5	7,7	5,8	
Problemas de saúde	117	16,5	14,2	17,8	
Aposentado	381	51,9	61,4	46,4	< 0,01
Família não permite	38	6,0	16,1	9,1	
Outros	125	19,1	0,6	20,9	
RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO (SM) (N=661)					
< 1 SM	26	4,4	1,5	7,1	
1 a 2,99 SM	381	54,5	49,3	59,1	
3 a 4,99 SM	134	21,5	24,3	19,0	< ,001
5 SM ou mais	120	19,6	24,9	14,8	
PERCEPÇÃO DA RENDA (N=961)					
Suficiente	501	49,8	48,0	51,0	
Insuficiente	460	50,2	52,0	49,0	0,40

A maioria dos idosos era casada (52,4%) e morava com outras pessoas (83,5%) sendo bastante alta a porcentagem de viúvos entre as mulheres. Houve associação significativa, quando se comparou essa porcentagem com a obtida para os homens (Tabela 2). Referiram manter o mesmo arranjo familiar 75,8% dos idosos e 92,9% referiram morar na mesma casa, nos últimos cinco anos. Dentre os idosos que relataram mudança no arranjo familiar, a principal causa apontada foi o falecimento do cônjuge, em relação à mudança de casa, a principal razão foi o custo da moradia seguida, de necessidade de morar perto de familiares (dados não mostrados). Observou-se que foram significativas as associações com situação conjugal e arranjo familiar, ocorrendo entre as mulheres as porcentagens mais elevadas de viuvez e morar sozinhas.

Tabela 2: Distribuição de arranjo familiar e condições de moradia segundo sexo (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	%	SEXO		p*
			HOMEM	MULHER	
		(ajustada)	%	%	
SITUAÇÃO CONJUGAL (N = 970)					
Separado	48	5,5	4,2	6,4	< 0,001
Viúvo	424	38,3	14,8	53,2	
União Consensual	458	52,4	78,2	36,0	
Solteiro	40	3,8	2,8	4,4	
ARRANJO FAMILIAR (N = 970)					
Mora sozinho	190	16,5	10,1	20,6	< 0,001
Mora com outras pessoas	780	83,5	89,9	79,4	
MUDANÇA NO ARRANJO FAMILIAR – últimos cinco anos (N = 972)					
Não	731	75,8	78,7	73,9	0,07
Sim	241	24,2	21,3	26,1	
MUDANÇA DE CASA- últimos 5 anos (N= 972)					
Não	898	92,9	94,4	91,9	0,05
Sim	74	7,1	5,6	8,1	

*Teste de Rao-Scott

A tabela 3 descreve as variáveis relacionadas à prática religiosa. Predominou a religião católica (69,5%) e 46% relataram que freqüentavam serviços religiosos semanalmente, aproximadamente 90% referiram ter prática religiosa diária (rezar/orar). Também foi possível observar que 86,9% dos idosos relataram que a religião os ajudava a compreender as dificuldades da vida. Comparadas essas variáveis entre homens e mulheres, constatou-se associação significativa entre os sexos em relação à freqüência ao serviço religioso, práticas religiosas mais constantes e compreensão das dificuldades da vida com auxílio da religião, sendo essas categorias mais freqüentes em idosos.

Tabela 3: Distribuição de religião e prática religiosa segundo sexo (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	% (ajustada)	SEXO		P*
			HOMEM %	MULHER %	
RELIGIÃO (n = 972)					
Católica	682	69,5	71,5	68,3	0,47
Protestante/evangélica	193	20,1	17,4	21,8	
Espírita	37	3,7	7,6	6,1	
Outros	60	6,7	3,6	3,8	
Nunca	141	11,2	12,6	10,4	< 0,001
Várias vezes ao ano	259	26,7	35,5	21,2	
Uma/duas vezes ao mês	143	15,9	12,6	18,0	
Semanalmente ou mais	411	46,2	39,3	50,4	
FREQUÊNCIA PRÁTICA RELIGIOSA (N=956)					
Diariamente	867	90,4	82,7	95,2	< 0,001
Semanalmente	34	3,2	4,3	2,6	
Ocasionalmente	54	6,4	13,0	2,2	
RELIGIÃO AJUDA A ENTENDER DIFICULDADES (N=942)					
Completamente	339	35,7	27,3	40,9	< 0,001
Muito	482	51,2	52,1	50,7	
Não ajuda	121	13,1	20,6	8,4	

*Teste de Rao-Scott

A maioria das pessoas estudadas referiu ter pelo menos uma doença e 17,3% referiram ter três ou mais doenças (Tabela 4). A morbidade mais prevalente, segundo o relato desses idosos, foi hipertensão (62,7%), seguida de doenças osteoarticulares (34,3%), doenças cardíacas (22,4 %) e diabetes (20,9%). É importante observar também que 17,3 % dos pacientes referiram ter tido diagnóstico prévio de depressão.

Os idosos relataram alta frequência de uso de medicações. Apenas 8,1% dos idosos relataram não usar nenhum remédio. Por outro lado, quase 40% usavam, segundo seu relato, diariamente de quatro a sete remédios e 10,3% usavam oito ou mais (Tabela 4). Constatou-se associação significativa entre os sexos em relação a número de doenças, presença de doenças osteoarticulares, ter tido diagnóstico prévio de depressão e uso de maior número de medicações, apresentando as mulheres maior frequência dessas características. Ter tido acidente vascular cerebral também apresentou associação significativa com maior frequência entre os homens (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição de morbidade referida segundo sexo (coorte A06).

DOENÇAS	N	% (ajustada)	SEXO		P*
			HOMEM %	MULHER %	
NÚMERO DE DOENÇAS (N = 972)					
0	189	19,7	24,2	16,8	<0,01
1	309	32,6	33,2	32,2	
2	293	30,4	30,7	30,1	
3 ou mais	181	17,3	11,9	20,8	
HIPERTENSÃO (N=969)					
Não	361	37,3	39,8	35,8	0,26
Sim	609	62,7	60,2	64,2	
DIABETES (N=969)					
Não	768	79,1	81,6	77,5	0,18
Sim	201	20,9	18,4	22,5	
DOENÇAS OSTEOARTICULARES (N = 957)					
Não	615	65,7	79,3	57,0	<0,001
Sim	342	34,3	20,7	43,0	
DOENÇAS CARDÍACAS (N = 965)					
Não	736	77,6	76,1	78,5	0,49
Sim	229	22,4	23,9	21,5	
DOENÇAS PULMONARES (N= 972)					
Não	866	89,9	88,7	90,7	0,31
Sim	104	10,1	11,3	9,3	
AVC PRÉVIO (N=972)					
Não	903	93,1	90,5	94,8	< 0,05
Sim	69	6,9	9,5	5,2	
NEOPLASIA (N= 969)					
Não	919	95,1	96,1	94,4	0,14
Sim	50	4,9	3,9	5,6	
DEPRESSÃO – DIAGNÓSTICO PRÉVIO (N=944)					
Não	790	82,8	90,4	78,2	0,001
Sim	154	17,2	9,6	21,8	
NÚMERO DE MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO (N = 970)					
Nenhuma	73	8,1	11,7	5,7	< 0,001
Apenas uma	111	12,0	15,6	9,8	
2 ou 3	286	30,5	34,8	27,7	
4 a 7	383	39,1	31,3	44,0	
8 ou mais	117	10,3	6,6	12,8	

*Teste de Rao-Scott

A tabela 5 descreve a ocorrência de quedas e fraturas, foi constatado que 61,3% dos idosos referiram ter tido alguma queda após os 60 anos de idade, 43,5% tiveram três quedas ou mais e 50,4% desses idosos relataram quedas no último ano. No entanto, a maioria das quedas não teve fraturas como consequência. Comparando-se a ocorrência de quedas em relação ao sexo, verificou-se associação significativa entre ocorrência e número de quedas após os sessenta anos, sendo essas duas variáveis mais frequentes entre as mulheres.

Tabela 5: Distribuição do histórico de quedas e fraturas, segundo sexo (coorte A06).

DOENÇAS	N	%	SEXO		P*
			HOMEM	MULHER	
		(ajustada)	%	%	
QUEDA APÓS 60 ANOS (N = 970)					
Não	333	38,7	53,2	29,4	
Sim	637	61,3	46,8	70,6	<0,001
NÚMERO DE QUEDAS – APÓS 60 ANOS (N= 633)					
Uma	217	37,2	46,7	33,2	
Duas	116	19,3	22,5	17,9	0,001
Três	300	43,5	30,8	48,9	
QUEDAS – ÚLTIMOS 12 MESES (N=640)					
Não	320	49,6	46,3	51,0	
Sim	320	50,4	53,7	49,0	0,36
NÚMERO DE QUEDAS – ÚLTIMOS 12 MESES (N = 319)					
Uma	203	64,5	64,7	64,4	
Duas	50	14,9	17,9	13,9	0,61
Três	66	20,6	17,4	21,8	
CONSEQUÊNCIA DA QUEDA (N=319)					
Sem fratura	266	83,9	85,7	83,3	
Com fratura	49	16,1	14,3	16,7	0,65

*Teste de Rao-Scott

Em relação à percepção das condições da saúde visual, auditiva e bucal, a maioria dos idosos referiu ter bom funcionamento dos aparelhos auditivo e visual e da saúde bucal (Tabela 6). No entanto, ainda foi alta a percentagem de indivíduos que referiram condição ruim da visão, audição e saúde bucal. Quase 10% dos idosos referiram não enxergarem bem (visão: ruim/muito ruim). Em relação à audição, aproximadamente 27% referiram ter dificuldades auditivas. Observou-se que 25,9% percebiam dificuldades na saúde bucal. Comparando-se homens e mulheres, observou-se associação significativa, apresentando os idosos do sexo masculino pior condição auditiva ($p < 0,05$).

Tabela 6: Distribuição da auto-avaliação das condições de saúde visual, auditiva e, bucal segundo sexo (coorte A06).

CONDIÇÕES DE SAÚDE	N	% (Ajustada)	SEXO		p*
			HOMEM %	MULHER %	
VISÃO (N=972)					
Excelente/boa	607	66,0	67,7	65,0	0,05
Regular	258	25,5	26,9	24,6	
Ruim/muito ruim/cego	107	8,5	5,5	10,4	
AUDIÇÃO (N=966)					
Excelente /boa	674	72,4	66,2	76,3	< 0,05
Regular	251	24,3	29,6	21,0	
Ruim / Surdo	40	3,3	4,2	2,7	
SAÚDE BUCAL (N= 963)					
Excelente/boa	705	73,6	71,7	74,8	0,47
Regular	202	20,1	22,7	19,2	
Ruim/ Muito ruim	56	5,8	5,6	6,0	

*Teste de Rao-Scott

Na tabela 7 vê-se que 34,3% dos idosos referiram dor, e segundo eles, essa dor já estava presente há mais de 24 meses (64,9%), apresentava frequência diária (51,8%), com intensidade de moderada (47,6%) a forte ou muito forte (44,6%), afetava o sono, o humor e o apetite (33,4%), interferia na locomoção (29,6%) e no trabalho (17,6%). Mais mulheres relataram dor (38,8%; $p < 0,01$).

Tabela 7: Distribuição da percepção de dor segundo sexo (coorte A06).

DOR	N	%	SEXO		P*
			HOMEM	MULHER	
DOR (N=971)					
Ausência	631	65,7	72,7	61,2	<0,01
Presença	340	34,3	27,3	38,8	
PREJUÍZO DA DOR (N=336)					
Sono/humor/apetite	109	33,4	28,7	35,4	0,24
Locomoção (andar)	105	29,6	29,7	29,6	
Lazer/sexual/rel. pessoal	07	2,5	4,9	1,4	
Trabalho/compras/banco	54	17,6	13,9	19,2	
Auto-cuidado	09	2,4	3,3	2,1	
Não prejudica	52	14,5	19,5	12,3	
DURAÇÃO DA DOR (N= 340)					
3 a 6 meses	48	12,9	8,8	14,8	0,31
6 a 12 meses	30	8,9	5,5	10,5	
12 a 24 meses	43	13,3	14,2	12,9	
mais de 24 meses	219	64,9	71,5	61,8	
INTENSIDADE DA DOR (N = 340)					
Muito forte	67	19,7	17,1	20,1	0,31
Forte/intensa	84	24,9	21,8	26,3	
Moderada	160	47,3	47,7	47,6	
Fraca	29	8,1	13,4	6,0	
FREQUÊNCIA DA DOR (N=333)					
Diariamente	179	51,8	43,3	55,6	0,27
1 a 2 vezes/ semana	79	25,1	28,2	23,6	
1 vez/ 15 dias	33	10,5	14,6	8,8	
1 vez/mês	42	12,6	13,9	12,0	

*Teste de Rao-Scott

Estudando-se o uso de serviços de saúde, verifica-se na tabela 8 que 28,7% dos idosos referiram não terem tido nenhuma consulta no último ano e 66,8% relataram até dois atendimentos no mesmo período. A grande maioria (71,9%) não teve nenhuma internação, nem atendimento de emergência (87,1%) e nem atendimento domiciliar (98,8%). No entanto, aproximadamente 28% dos idosos referiram de uma a duas internações no último ano e 12,9% precisaram de um a dois atendimentos em serviços de emergência. A comparação por sexo evidenciou associação estatisticamente significativa em relação ao atendimento domiciliar, que ocorreu mais freqüentemente entre as mulheres.

Tabela 8: Distribuição de uso de serviços de saúde no último ano, segundo sexo (coorte A06).

USO DE SERVIÇOS	N	%(ajustada)	SEXO		P*
			HOMEM	MULHER	
AMBULATORIAL					
Nenhum	283	28,7	32,1	26,5	0,31
1 a 2 atendimentos	649	66,8	63,5	68,7	
3 a 4 atendimentos	40	4,5	4,4	4,8	
INTERNAÇÃO					
nenhuma	697	71,9	73,7	70,8	0,42
1 a 2	275	28,1	26,3	29,2	
EMERGÊNCIA					
nenhum	850	87,1	88,7	86,1	0,44
1 a 2	122	12,9	11,3	13,9	
DOMICILIAR					
nenhum	955	98,8	99,7	98,2	< 0,05
1	17	1,2	0,3	1,8	

*Teste de Rao-Scott

Na tabela 9 verifica-se que 57,9% dos idosos referiram ter boa memória e 38,3 % avaliaram sua memória como regular. Embora a maioria dos entrevistados (67%) tenha relatado não ter tido alteração na memória no último ano, 22,7% relataram que a memória piorou nesse período.

A avaliação cognitiva realizada através do Mini-Exame do Estado Mental indicou uma prevalência de 8,1% de comprometimento cognitivo entre os participantes deste estudo.

Comparando-se homens e mulheres em relação à auto-avaliação da memória, observou-se associação estatisticamente significativa, sendo o relato de prejuízo da memória e de piora da memória no último ano mais frequentes entre as mulheres.

Na auto-avaliação da condição de saúde 46,5% dos idosos referiram ter boa saúde e 45,8% referiram ter saúde regular. Comparativamente a sua condição anterior de saúde, 55,3% dos idosos afirmaram que não houve mudanças, 17% referiram melhora e 27,7% piora.

Tabela 9: Percepção de memória e saúde, segundo sexo (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	%	SEXO		P*
			HOMEM	MULHER	
AUTO AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA (N= 972)					
Excelente/boa	550	57,9	63,7	54,2	< 0,05
Regular	377	38,3	32,7	41,9	
Ruim	43	3,8	3,6	3,9	
COMPARAÇÃO MEMÓRIA – ÚLTIMO ANO (N=968)					
Melhor	96	10,3	13,0	8,7	0,01
Igual	638	67,0	70,7	64,6	
Pior	234	22,7	16,3	26,8	
COMPROMETIMENTO COGNITIVO - MEEM (N=972)					
Não	871	91,9	91,4	92,3	0,58
Sim	101	8,1	8,6	7,7	
AVALIAÇÃO DA SAÚDE (N=972)					
Excelente/boa	435	46,5	50,2	44,2	0,09
Regular	452	45,8	44,5	46,6	
Ruim/ muito ruim	85	7,7	5,3	9,2	
COMPARAÇÃO DA SAÚDE (N=972)					
Melhor	167	17,0	14,6	18,7	0,06
Igual	501	55,3	61,5	51,0	
Pior	304	27,7	23,9	30,3	

*Teste de Rao-Scott

O estudo da capacidade funcional aqui considerada como ter relatado independência ou dependência para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, constatou que aproximadamente 22,9% dos idosos necessitavam de ajuda para a realização de pelo menos uma das atividades básicas, e 6,8% precisavam de ajuda para três atividades ou mais. Em relação às atividades instrumentais, mais de 40% referiram necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades, e 14,7% para três atividades ou mais (Tabela 10). Significativa associação dessas variáveis em relação a sexo foi observada, estando presente no sexo feminino o maior número de dificuldades para as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

De acordo com o APGAR de Família, aproximadamente 9% apresentavam disfuncionalidade familiar: 4,3 % com disfunção moderada e 4,9% com disfunção grave (Tabela 10). Não houve diferença significativa entre os sexos neste aspecto.

Tabela 10: Distribuição dos níveis de autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e funcionalidade familiar, segundo sexo. (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	%	SEXO		p*
			HOMEM	MULHER	
ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (N = 972)					
Nenhuma dificuldade	704	77,1	64,9	51,9	<0,001
1 ou 2 dificuldades	184	16,1	24,3	30,9	
3 ou + dificuldades	84	6,8	10,8	17,2	
ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDADIÁRIA (N=972)					
Nenhuma dificuldade	483	56,9	86,6	71,0	0,01
1 ou 2 dificuldades	305	28,4	8,5	20,9	
3 ou + dificuldades	184	14,7	4,9	8,1	
APGAR DE FAMÍLIA (N=908)					
Boa funcionalidade	865	90,8	90,0	91,3	0,52
Disfunção moderada	39	4,3	5,3	3,7	
Disfunção elevada	46	4,9	4,7	5,0	

*Teste de Rao-Scott

A prevalência de sintomas depressivos constatada na coorte A06 foi de 14,2% - IC95%: 11,8 – 16,7 (N=153), com 11,2% (N=117) de sintomas depressivos leves e 3 % (N=36) sintomas depressivos graves (dados não mostrados).

Estudando-se as associações entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, foi observado que foram significativas estatisticamente as associações entre sexo, diferentes faixas de escolaridade e percepção da renda (Tabela 11). Foi mais frequente a presença de sintomas depressivos entre as mulheres, entre os idosos de escolaridade mais baixa e entre os que perceberam sua renda como insuficiente para viver. Não foi estatisticamente significativa a associação de sintomas depressivos com idade, apesar de se observar aumento progressivo das prevalências conforme o avanço nas faixas etárias (Tabela 11).

Tabela 11: Porcentagem de sintomas depressivos segundo variáveis sociodemográficas (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
SEXO (N = 972)				
Masculino	366	90,1	9,9	< 0,01
Feminino	606	83,9	17,1	
FAIXA ETÁRIA (N=972)				
65 – 69 anos	198	87,8	12,2	0,40
70 – 74 anos	217	87,1	12,9	
75 – 79 anos	207	84,8	15,2	
80 ou mais	350	81,7	18,3	
ESCOLARIDADE (N=971)				
0 a 3 anos	483	82,7	17,3	< 0,05
4 anos ou mais	488	88,4	11,6	
RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO (SM) (N= 661)				
Até 2,99 SM	254	90,0	10,0	0,07
3 SM ou mais	407	84,4	15,6	
PERCEPÇÃO DE RENDA (N=812)				
Suficiente	501	90,4	9,6	< 0,001
Insuficiente	460	81,7	18,3	

*Teste de Rao-Scott

Em relação aos arranjos familiares e suas alterações não foram observadas diferenças significativas entre indivíduos com e sem sintomas depressivos (Tabela 12).

Tabela 12: Porcentagem de sintomas depressivos segundo arranjo familiar e condições de moradia (coorte A06)

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
SITUAÇÃO CONJUGAL (N= 970)				
Com companheiro	458	86,8	13,2	0,37
Sem companheiro	512	84,6	15,4	
ARRANJO FAMILIAR (N=970)				
Sozinho	190	87,1	12,9	0,64
Acompanhado	780	85,5	14,5	
MUDANÇA DE ARRANJO FAMILIAR - últimos 5 anos (972)				
Não	731	85,7	14,3	0,94
Sim	241	85,9	14,1	
MUDANÇA DE CASA – últimos 5 anos (972)				
Não	898	86,1	13,9	0,37
Sim	74	81,2	18,8	

*Teste de Rao-Scott

Observando-se aspectos da religiosidade dos idosos em relação a casos e não-casos de sintomas depressivos, evidenciou-se associação desses com frequência aos serviços religiosos. Casos de sintomas depressivos foram mais frequentes entre os idosos que frequentavam menos suas comunidades religiosas ($p = < 0,01$). No entanto, não houve diferença significativa entre a frequência da prática religiosa (rezar/orar) e nem casos de sintomas depressivos e uso da religião como forma de enfrentamento para as dificuldades (Tabela 13).

Tabela 13: Porcentagem de sintomas depressivos segundo prática religiosa (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
FREQUÊNCIA VAI SERVIÇO RELIGIOSO (N=954)				
Nunca	141	75,0	25,0	< 0,01
Várias vezes ao ano	259	88,1	11,9	
Uma/duas vezes ao mês	143	80,9	19,1	
Semanalmente ou mais	411	89,3	10,7	
FREQUÊNCIA DE PRÁTICA RELIGIOSA (N= 955)				
Diariamente	867	85,7	14,3	0,47
Semanalmente	34	93,3	6,7	
Ocasionalmente	54	86,1	12,9	
RELIGIÃO AJUDA A ENTENDER DIFICULDADES (N= 956)				
Completamente	353	88,1	11,9	0,20
Muito	482	85,5	14,5	
Não muito	94	79,0	21,0	
Nada	27	87,3	12,7	

*Teste de Rao-Scott

Observaram-se taxas de prevalências crescentes dos sintomas depressivos em relação ao aumento no número de doenças ($p < 0,01$). Ter sintomas depressivos associou-se significativamente com maior número de doenças referidas, incluindo diabetes, doenças osteoarticulares, doenças cardíacas, doenças pulmonares, neoplasia, ter tido acidente vascular encefálico, depressão prévia e fazer maior uso de medicações diárias. Apenas hipertensão não se associou significativamente com a presença de sintomas depressivos (Tabela 14).

Tabela 14: Sintomas depressivos segundo morbididades referidas (coorte A06).

DOENÇAS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
NÚMERO DE DOENÇAS (N=972)				
0	189	91,2	8,8	< 0,01
1	309	88,5	11,5	
2	293	84,1	15,9	
3 ou mais	181	77,3	22,7	
HIPERTENSÃO (N = 969)				
Não	361	88,3	11,7	0,09
Sim	608	84,3	15,7	
DIABETES (N=969)				
Não	768	86,9	13,1	< 0,05
Sim	201	81,8	18,2	
DOENÇAS OSTEOARTICULARES (N= 957)				
Não	615	87,6	12,4	< 0,05
Sim	342	81,8	18,2	
DOENÇAS CARDÍACAS (N =965)				
Não	736	87,3	12,7	< 0,01
Sim	229	80,2	19,8	
DOENÇAS PULMONARES (N= 972)				
Não	866	86,8	13,2	< 0,05
Sim	104	76,6	23,4	
AVC PRÉVIO (N= 972)				
Não	903	86,6	13,4	< 0,05
Sim	69	74,3	25,7	
NEOPLASIA (N = 969)				
Não	919	86,4	13,6	< 0,05
Sim	50	72,6	27,4	
DEPRESSÃO-DIAGNÓSTICO PRÉVIO (N= 944)				
Não	790	88,2	11,8	< 0,001
Sim	154	74,4	25,6	
NÚMERO DE MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO (N= 970)				
Nenhuma	73	94,3	5,7	< 0,001
Apenas uma	111	85,9	14,1	
2 ou 3	286	92,8	7,2	
4 a 7	383	80,7	19,3	
8 ou +	117	77,3	22,7	

*Teste de Rao-Scott

A ocorrência de quedas foi frequente após os 60 anos e teve uma associação significativa com a presença de sintomas depressivos. No entanto, não foi estatisticamente significativa a associação de ocorrência de quedas nos últimos doze meses ou fratura nesse mesmo período entre indivíduos que apresentavam ou não sintomas depressivos (Tabela 15).

Tabela 15: Sintomas depressivos segundo quedas e fraturas (coorte A06).

OCORRÊNCIAS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
QUEDAS APÓS 60 ANOS (N = 970)				
Não	333	88,6	11,4	< 0,05
Sim	637	83,9	16,1	
NÚMERO DE QUEDAS – após 60 anos (N=633)				
Uma	217	87,6	12,4	0,05
Duas	116	86,4	13,6	
Três ou mais	300	79,5	20,5	
QUEDAS - últimos 12 meses (N=640)				
Não	320	82,5	17,5	0,34
Sim	320	85,6	14,4	
NÚMERO DE QUEDAS – últimos 12 meses (N=319)				
Uma	203	86,1	13,9	0,09
Duas	50	75,4	24,6	
Três ou mais	66	76,0	24,0	
CONSEQUÊNCIA DA QUEDA (N=319)				
Sem fratura	266	81,9	18,1	0,54
Com fratura	49	86,1	13,9	

*Teste de Rao-Scott

Em relação à percepção de saúde visual, auditiva e bucal, foi significativa a associação de sintomas depressivos com a avaliação desses aparelhos. Observaram-se prevalências bem mais altas nas categorias onde o funcionamento visual e auditivo foi considerado ruim e condição da saúde bucal também (Tabela 16).

Tabela 16: Sintomas depressivos segundo auto-avaliação das condições de saúde visual, auditiva e bucal (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
VISÃO (N=972)				
Excelente/boa	607	89,6	10,4	< 0,001
Regular	258	83,9	16,1	
Ruim / muito ruim/ Cego	107	61,2	38,8	
AUDIÇÃO (N=966)				
Excelente/boa	674	87,8	12,2	< 0,01
Regular	251	81,9	18,1	
Ruim /surdo	40	67,4	32,6	
SAÚDE BUCAL (N=963)				
Muito boa/boa	705	89,4	10,6	< 0,001
Regular	202	74,3	25,7	
Ruim/Muito ruim	56	77,9	22,1	

*Teste de Rao-Scott

A prevalência de sintomas depressivos foi mais alta entre os idosos que relataram sentir dores ($p < 0,01$), de intensidade moderada a forte ($p < 0,05$). Também foi observado presença de sintomas depressivos mais frequentes entre os idosos que relataram ter problemas no auto-cuidado, sono, humor, apetite e locomoção como consequência da dor ($p < 0,05$) (Tabela 17).

Tabela 17: Sintomas depressivos segundo percepção de dor (coorte A06).

DOR	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
DOR (N= 971)				
Ausência	631	88,3	11,7	<0,01
Presença	340	80,9	19,1	
IMPACTO DA DOR (N=336)				
Sono/humor/apetite	109	72,5	27,5	< 0,05
Locomoção (andar)	105	78,7	21,3	
Lazer/ sexual/rel pessoal	07	89,3	10,7	
Trabalho/compras/banco	54	89,3	10,7	
Auto-cuidado	09	69,2	30,8	
Não prejudica	52	93,6	6,4	
TEMPO DA DOR (N=340)				
3 a 6 meses	48	90,8	9,2	0,07
6 a 12 meses	30	64,9	35,1	
12 a 24 meses	43	77,6	22,4	
mais de 24 meses	219	81,8	18,2	
INTENSIDADE DA DOR (N=340)				
Muito forte	67	67,8	32,2	< 0,05
Forte/intensa	84	76,9	23,1	
Moderada	160	88,2	11,8	
Fraca	29	81,1	18,9	
FREQUÊNCIA DA DOR (N=333)				
Diariamente	179	75,6	24,4	0,08
1 a 2 vezes/ semana	79	83,4	16,6	
1 vez/ 15 dias	33	85,7	14,3	
1 vez/mês	42	91,9	8,1	

*Teste de Rao-Scott

O uso de serviços de saúde não se diferenciou de forma estatisticamente significativa entre idosos que foram classificados como casos e não-casos de sintomas depressivos (Tabela 18).

Tabela 18: Sintomas depressivos segundo uso de serviços de saúde (coorte A06).

USO DE SERVIÇOS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO %	CASO %	
AMBULATORIAL (N =972)				
Nenhum	283	87,0	13,0	0,53
1 a 2 atendimentos	649	85,6	14,4	
3 a 4 atendimentos	40	80,1	19,9	
INTERNAÇÃO (N = 972)				
nenhuma	697	86,9	13,1	0,15
1 a 2	275	82,9	17,1	
EMERGÊNCIA (N = 972)				
nenhum	850	85,8	14,2	0,91
1 a 2	122	85,5	14,5	
DOMICILIAR (N=972)				
nenhum	955	86,0	14,0	0,07
1	17	63,6	36,4	

*Teste de Rao-Scott

Na tabela 19 há descrição da auto-avaliação da memória e saúde e comparação das mesmas em relação ao último ano. Foi constatado que a presença de sintomas depressivos foi mais frequente em idosos com pior auto-avaliação da memória ($p < 0,001$) e com piora da memória comparativamente a um ano atrás ($p < 0,001$). Apresentar sintomas depressivos também foi associado com presença de declínio cognitivo na avaliação do MEEM ($p < 0,01$). Entre os idosos com sintomas depressivos foi mais frequente a pior percepção de saúde ($p < 0,001$) e pior avaliação da condição de saúde quando comparada ao período de um ano atrás ($p < 0,001$).

Tabela 19: Sintomas depressivos segundo auto-avaliação de memória e percepção de saúde (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO	CASO	
		%	%	
AUTO AVALIAÇÃO MEMÓRIA (N = 972)				
Excelente/boa	550	92,5	7,5	< 0,001
Regular	377	79,2	20,8	
Ruim	43	47,7	52,3	
COMPARAÇÃO MEMÓRIA – ULTIMO ANO (N = 968)				
Melhor	96	83,4	16,6	< 0,001
Igual	638	92,1	7,9	
Pior	234	67,9	32,1	
AVALIAÇÃO COGNITIVA - MEEM (N=972)				
Preservado	871	86,8	13,2	< 0,01
Declínio Cognitivo	101	73,5	26,5	
AVALIAÇÃO DA SAÚDE (N = 972)				
Excelente/boa	435	94,5	5,5	< 0,001
Regular	452	82,2	17,8	
Ruim	85	54,2	45,8	
COMPARAÇÃO SAÚDE - ULTIMO ANO (N=972)				
Melhor	167	86,5	13,5	< 0,001
Igual	501	93,0	7,0	
Pior	304	70,9	29,1	

*Teste de Rao-Scott

Em relação à capacidade funcional, observou-se associação de sintomas depressivos com pior desempenho nas atividades básicas ($p < 0,001$) e instrumentais de vida diária ($p < 0,001$) e pior funcionalidade familiar ($p < 0,001$). Foram mais frequentes pior funcionamento nas ABVDs e AIVDs entre os idosos que eram casos de sintomas depressivos e esses foram mais frequentes entre os que apresentavam disfunção moderada e grave no funcionamento familiar (Tabela 20).

Tabela 20: Sintomas depressivos segundo autonomia e funcionalidade familiar (coorte A06).

VARIÁVEIS	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS		p*
		NÃO-CASO	CASO	
		%	%	
ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDS) (N= 972)				
Nenhuma dificuldade	704	90,0	10,0	< 0,001
1 ou 2 dificuldades	184	74,1	25,9	
3 ou + dificuldades	84	65,4	34,6	
ATIVIDADES INSTRUMENTIAS DE VIDA DIÁRIA (AIVDS) (N = 972)				
Nenhuma dificuldade	483	90,5	9,5	< 0,001
1 ou 2 dificuldades	305	84,7	15,3	
3 ou + dificuldades	184	69,5	30,5	
APGAR DE FAMÍLIA (N = 908)				
Boa funcionalidade	865	87,4	12,6	< 0,001
Disfunção moderada	39	71,7	28,3	
Disfunção elevada	46	66,0	34,0	

*Teste de Rao-Scott

Análise multivariada – Prevalência e fatores associados

Para a análise multivariada utilizou-se a regressão logística tipo *stepwise backward*, para verificar a associação de casos e não casos de sintomas depressivos (2006) com os diferentes grupos de variáveis (sociodemográficas; doenças auto-referidas; condições de saúde; percepção de saúde e memória; autonomia e funcionalidade familiar). Estabeleceram-se para compor essa análise as variáveis que se associaram a sintomas depressivos na análise univariada ($p < 0,10$). Posteriormente foi construído um modelo final composto de todas as variáveis que foram significativas nos modelos com os grupos de variáveis a serem descritos ($p < 0,05$). Todos os modelos foram ajustados para sexo e idade.

O modelo 1 contemplou as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, faixa de escolaridade, renda, percepção de renda e frequência da participação no serviço religioso. Observou-se que ser do sexo feminino tinha mais chance apresentar sintomas depressivos em relação ao sexo masculino (OR= 2,38; IC95% 1,46 – 3,87). Perceber a renda como insuficiente para as despesas também teve associação significativa com apresentar sintomas depressivos (OR= 2,31; IC95% 1,52 – 3,5). Outra variável que foi significativamente associada à ocorrência de sintomas depressivos foi não participar de atividades religiosas. Verificou-se que idosos que não sem atividades religiosas tinham 2,24 vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos, indicando que a participação mais constante de atividades religiosas pode ser um fator protetor para esse quadro (Tabela 21).

Na associação com a variável idade no modelo verificou-se um resultado de VIF maior que 10, no entanto, optou-se, ainda assim em manter o ajuste do modelo por idade, por se considerar que, efetivamente, esta variável deve apresentar colinearidade com as demais

variáveis implicadas na questão do envelhecimento. Retirando-se idade do modelo, todas as demais variáveis apresentam VIFs <10.

Tabela 21: Modelo 1: Regressão logística: sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,03	0,06	0,99 – 1,06	10,08
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,88	2,38	0,001	1,46 – 3,87	8,48
PERCEPÇÃO DE RENDA					
Suficiente	1	1			
Insuficiente	2,11	2,31	< 0,001	1,52 – 3,52	2,63
ATIVIDADE RELIGIOSA					
Participa	1	1			
Não participa	2,31	2,24	< 0,01	1,37 – 3,68	1,20
MÉDIA DO VIF = 5,60 (Fator de Inflação de Variância)					

O modelo 2 foi composto com as variáveis relacionadas às doenças auto-referidas. Foram incluídas na análise: número de doenças ter referido hipertensão, diabetes, doenças osteoarticulares, doenças cardíacas, doenças pulmonares, neoplasia, acidente vascular encefálico, depressão prévia e usar remédios diariamente. Permaneceram no modelo, associadas significativamente a ser caso de sintomas depressivos: ter referido doenças cardíacas (OR=1,58; IC95% 1,04 – 2,31), ter tido acidente vascular encefálico (OR=2,38; IC95% 1,28 – 4,44) e ter referido depressão (OR=2,28; IC 95% 1,33– 3,90) (Tabela 22).

Tabela 22: Modelo 2: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a doenças auto-referidas.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,02	0,08	0,99 – 1,06	3,07
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,88	0,01	1,17– 3,03	2,66
AVC PRÉVIO					
Não	1	1			
Sim	2,76	2,38	< 0,01	1,28 – 4,44	1,09
DOENÇAS CARDÍACAS					
Não	1	1			
Sim	1,80	1,58	< 0,05	1,04 – 2,31	1,34
DEPRESSÃO PRÉVIA					
Não	1	1			
Sim	2,96	2,28	< 0,01	1,33– 3,90	1,23

MÉDIA DO VIF = 1,88 (Fator de Inflação de Variância)

As variáveis sobre condições de saúde, que compuseram o modelo 3 foram: quedas após os 60 anos, número de quedas após os 60 anos, número de quedas no último ano, condições de saúde visual, auditiva e bucal e dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Permaneceram no modelo: os que avaliaram como ruins sua saúde bucal (OR= 2,51; IC95% 1,61 – 3,93) e visual (OR=4,63; IC95% 2,33– 8,49). Também foi associado a sintomas depressivos ter dependência para atividades básicas de vida diária, observando-se maior chance de apresentar sintomas depressivos aqueles que se declararam dependentes de ajuda para maior número de atividades (Tabela 23).

Tabela 23: Modelo 3: Regressão logística: sintomas depressivos em relação a condições de saúde e autonomia para atividades diárias.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC ^{95%}	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	0,99	0,66	0,96 – 1,03	3,60
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,52	0,04	1,01– 2,28	2,63
SAÚDE BUCAL					
Excelente/Boa	1	1			
Regular/ruim	2,81	2,53	< 0,001	1,61 – 3,93	1,42
VISÃO					
Excelente/boa	1	1			
Moderada	1,66	1,27	0,38	0,74 – 2,19	1,49
Regular/ruim	5,50	4,63	< 0,001	2,33 – 8,49	1,22
ABVDS					
Independente	1	1			
Dependente em 1 ou 2	3,14	2,41	0,001	1,46 – 3,99	1,34
Dependente em 3 ou +	4,75	3,46	< 0,001	1,97 – 6,06	1,17

MÉDIA DO VIF = 1,84 (Fator de Inflação de Variância)

As variáveis relacionadas à avaliação que os entrevistados fizeram de sua saúde, memória, funcionalidade familiar e o resultado do MEEM compuseram o modelo 4 que incluiu: auto-avaliação da memória, resultado da avaliação cognitiva (MEEM), avaliação da saúde, presença de dor, intensidade e frequência da dor, impacto da dor e funcionalidade familiar. Verificou-se que ter uma auto-avaliação da saúde negativa aumenta a chance para apresentar sintomas depressivos. Ter uma percepção de saúde regular aumenta 2,85 vezes a chance de ocorrência sintomas depressivos em comparação aos idosos que percebem sua saúde positivamente, e perceber a saúde como ruim pode aumentar em até 7,93 vezes a

chance de apresentar esses sintomas. De maneira semelhante, foi observado que uma pior avaliação da memória aumenta o risco de apresentar sintomas depressivos. Avaliar a memória como regular pode aumentar em até 2,41 a chance de ter sintomas depressivos e avaliar a memória como ruim pode aumentar em até 7,91 em comparação aos idosos que avaliam seu desempenho de memória positivamente. Constatou-se ainda que perceber disfuncionalidade moderada ou grave pode aumentar a chance de apresentar sintomas depressivos em até 3,92 vezes em relação aos idosos que não percebem essa disfunção ou a percebem de maneira leve (Tabela 24). As demais variáveis não permaneceram no modelo.

Tabela 24: Modelo 4: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a percepção de saúde, memória, dor e funcionalidade familiar.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,01	0,42	0,98 – 1,05	3,95
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,88	1,68	0,31	1,05- 2,68	2,63
AVALIAÇÃO DA SAÚDE					
Boa	1	1			
Regular	3,68	2,85	< 0,001	1,71 – 4,77	2,24
Ruim	14,37	7,93	< 0,001	3,51 – 17,89	1,17
AVALIAÇÃO MEMÓRIA					
Boa	1	1			
Regular	3,25	2,41	<0,001	1,61 – 3,63	1,87
Ruim	13,59	7,91	< 0,001	3,52 – 17,78	1,17
DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR					
Leve	1	1			
Moderada	2,75	3,35	<0,01	1,54 – 7,30	1,06
Grave	3,58	3,92	< 0,001	2,00 – 7,65	1,05

MÉDIA DO VIF = 1,91 (Fator de Inflação de Variância)

Como relatado, a partir dos resultados dos modelos específicos foi construído um modelo final, composto das variáveis que se associaram significativamente ($p < 0,05$) com sintomas depressivos. Foram incluídas nesta análise efetuada pela regressão logística: sexo, idade, percepção de renda, frequência em atividade religiosa, ter doença cardíaca, ter tido acidente vascular cerebral, ter tido depressão, ter condição ruim de saúde bucal e saúde visual, ter pior percepção da condição de saúde e ter pior auto-avaliação da memória, apresentar dependência em atividades básicas de vida diária e apresentar disfuncionalidade familiar. Mantiveram-se associadas à maior chance de apresentar sintomas depressivos: ter relatado problemas de visão (OR=2,83; IC95% 1,52 – 5,29); perceber a saúde como regular (OR=2,43; IC95% 1,45 – 4,07) e ruim (OR=5,04; IC95% 2,15 – 11,83); ter disfuncionalidade familiar moderada (OR=2,98; IC95% 1,09 – 8,10) e grave (OR=3,45; IC95% 1,60 – 7,43); ser dependente em uma ou duas atividades básicas de vida diária (OR=2,03; IC95% 1,40 – 5,04) e em três ou mais das atividades básicas (OR=2,65; 1,09 – 8,10) (Tabela 25).

Tabela 25: Modelo 5: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a todas as variáveis significativas nos demais modelos.

Variáveis	Odds Ratio	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	0,99	0,58	0,95 – 1,03	4,41
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,88	1,41	0,15	0,88 – 2,28	2,70
VISÃO					
Excelente/boa	1	1			
Regular	1,66	1,02	0,93	0,56 – 1,88	1,54
Ruim/cego	5,50	2,83	0,001	1,52 – 5,29	1,30
SAÚDE BUCAL					
Excelente/boa	1	1			
Regular/ruim	2,81	1,77	<0,05	1,08 – 2,92	1,51
ABVDS					
Independente	1	1			
Dependente em 1 ou 2	3,14	2,03	<0,01	1,40 – 5,04	1,37
Dependente em 3 ou +	4,75	2,65	<0,05	1,09 – 8,10	1,21
AUTO-AVALIAÇÃO MEMÓRIA					
Excelente/boa	1	1			
Regular	3,25	2,28	< 0,001	1,45 – 4,07	2,31
Ruim	13,59	6,82	< 0,001	2,15 – 11,83	1,47
AVALIAÇÃO DA SAÚDE					
Boa	1	1			
Regular	3,68	2,43	0,001	1,45 – 4,07	2,31
Ruim	14,37	5,04	< 0,001	2,15 – 11,83	1,47
DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR					
Leve	1	1			
Moderada	2,75	2,98	<0,05	1,09 – 8,10	1,05
Grave	3,58	3,45	<0,01	1,60 – 7,43	1,09
MÉDIA DO VIF = 1,78 (Fator de Inflação de Variância)					

5.2. Estudo Longitudinal – Análise dos fatores de risco

Serão apresentados os resultados do estudo de possíveis fatores de risco para sintomas depressivos. Foram considerados os sintomas depressivos identificados em 2006 em relação aos fatores relativos às condições de vida e saúde já presentes no ano 2000. Assim foi analisada a coorte A06 e os fatores presentes nesses indivíduos em 2000 (A00), configurando-se uma análise longitudinal.

Foram estudadas as associações de variáveis sociodemográficas, condições de saúde e capacidade funcional com presença de sintomas depressivos, segundo a GDS, pretendendo-se identificar possíveis preditores desse quadro.

Das variáveis sociodemográficas analisadas em 2000, apenas renda e perceber a renda como insuficiente associaram-se-se significativamente com apresentar sintomas depressivos no momento A06 (Tabela 26).

Tabela 26: Sintomas depressivos (coorte A06) segundo variáveis sócio-demográficas em 2000.

VARIÁVEIS DE 2000	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS EM 2006		
		Não-caso	Caso	p*
		%	%	
RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO (N=800)				
Até 2,99 SM	351	81,7	18,3	
3 SM ou mais	449	90,3	9,7	< 0,05
PERCEPÇÃO DE RENDA (N=964)				
Suficiente	321	89,3	10,7	
Insuficiente	643	83,8	16,2	< 0,05

*Teste de Rao-Scott

Associaram-se significativamente a sintomas depressivos ter referido em 2000, maior número de doenças, ter diabetes, doenças crônicas pulmonares, doenças osteoarticulares, acidente vascular encefálico, uso de maior número de remédios (Tabelas 27).

Tabela 27: Sintomas depressivos em 2006 segundo condições de saúde no ano de 2000.

CONDIÇÕES DE SAÚDE EM 2000	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS EM 2006		
		Não-caso(%)	Caso (%)	p*
No. DE DOENÇAS REFERIDAS (972)				
Nenhuma	254	91,9	8,1	<0,001
Uma	288	87,5	12,5	
Duas ou mais	430	80,3	19,7	
DIABETES (N=966)				
Não	804	86,6	13,4	< 0,05
Sim	162	81,6	18,4	
HIPERTENSÃO (N=968)				
Não	459	86,9	13,1	0,31
Sim	509	84,3	15,7	
NEOPLASIA (N=970)				
Não	945	85,9	14,1	0,11
Sim	25	71,7	28,3	
DOENÇAS OSTEOARTICULARES (N=956)				
Não	625	88,6	11,4	<0,001
Sim	331	79,6	20,4	
DOENÇAS CARDÍACAS (N=967)				
Não	855	86,6	13,4	0,15
Sim	174	81,8	18,2	
DOENÇAS CRÔNICAS PULMONARES (N = 970)				
Não	855	87,0	13,0	<0,01
Sim	115	75,4	24,6	
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO PRÉVIO (N = 970)				
Não	924	86,2	13,8	<0,01
Sim	46	72,7	27,3	
NUMERO REMÉDIOS DE USO DIÁRIO				
Nenhuma	154	94,6	5,4	<0,01
Uma	143	88,4	11,6	
2 a 3	298	83,6	16,4	
4 a 7	331	80,8	19,2	
8 ou +	46	86,3	13,7	

*Teste de Rao-Scott

Na tabela 28, nota-se que entre os idosos com sintomas depressivos em 2006 foram observadas frequências mais altas, em 2000, de piores auto-avaliações da memória e da saúde, assim como esses idosos mais frequentemente haviam considerado sua memória e saúde como piores em relação ao último ano.

Tabela 28: Sintomas depressivos em 2006 segundo auto-avaliação da memória e da saúde no ano de 2000.

AUTO-AVALIAÇÕES EM 2000	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS EM 2006		
		Não-caso %	Caso %	p*
AUTO-AVALIAÇÃO MEMÓRIA (N= 956)				
Muito boa/boa	593	91,1	8,9	
Regular	326	81,6	18,4	
Ruim/muito ruim	37	37,7	62,3	<0,001
COMPARAÇÃO MEMÓRIA – ULTIMO ANO (N = 954)				
Melhor	56	91,7	8,3	
Igual	588	89,8	10,2	
Pior	161	72,8	27,2	<0,001
AVALIAÇÃO COGNITIVA – MEEM (N=957)				
Preservado	917	86,2	13,8	
Comprometimento	40	78,1	21,9	<0,01
AVALIAÇÃO DA SAÚDE (N = 969)				
Muito boa/boa	107	93,1	6,9	
Regular	363	81,9	18,1	
Ruim/muito ruim	499	48,6	51,4	<0,001
COMPARAÇÃO SAÚDE – ÚLTIMO ANO (N= 968)				
Melhor	171	88,9	11,1	
Igual	531	90,1	9,9	
Pior	266	72,8	27,2	<0,001

*Teste de Rao-Scott

Também entre os idosos que apresentaram sintomas depressivos em 2006, no ano 2000 verificou-se maior frequência de dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária (Tabela 29).

Tabela 29: Sintomas depressivos em 2006 segundo capacidade funcional no ano de 2000.

ABVD e AIVD EM 2000	N	SINTOMAS DEPRESSIVOS EM 2006		
		Não-caso	Caso	p*
		%	%	
ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVDS) (N = 874)				
Nenhuma dificuldade	862	87,3	12,7	<0,05
1 ou 2 dificuldades	9	72,8	27,2	
3 ou + dificuldades	3	38,9	61,1	
ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDS) (N = 590)				
Nenhuma dificuldade	369	86,1	13,9	<0,05
1 ou 2 dificuldades	158	76,6	23,4	
3 ou + dificuldades	63	63,7	36,3	

*Teste de Rao-Scott

Análise multivariada dos fatores de risco presentes em 2000 associados aos sintomas depressivos em 2006

Os modelos de regressão logística para o estudo de associação das variáveis sociodemográficas e as relativas à condição de saúde, à auto-avaliação de saúde e memória e à autonomia funcional com presença ou ausência de sintomas depressivos foram do tipo *stepwise backward*. Estabeleceram-se para compor essa análise as variáveis que se associaram a sintomas depressivos na análise univariada com valor de $p < 0,10$. Elaborou-se um modelo final com todas as variáveis que se associaram significativamente ($< 0,05$) nos modelos com os grupos de variáveis a serem descritos. Todos os modelos foram ajustados para sexo e idade.

O modelo 1 foi construído por variáveis sociodemográficas: sexo, idade, renda e percepção de renda. Verificou-se que idosos do sexo feminino têm mais chance de apresentar sintomas depressivos (OR= 1,5; IC95% 1,01 – 2,41). Observou-se ainda que para os indivíduos de menor renda uma razão de chance de 2,67 (IC95% 1,31-5,47) de apresentar sintomas depressivos. As demais variáveis sociodemográficas não se mantiveram significativamente associadas a sintomas depressivos (Tabela 30).

Apesar do resultado do VIF ter sido superior a 10,0, no entanto, optou-se por manter o ajuste por idade, pelas razões já expostas.

Tabela 30: Regressão logística: Sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas

Variáveis	Odds Ratio	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,01	0,36	0,98 – 1,04	13,15
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,50	0,05	1,01 – 2,41	2,48
RENDA(Salário Mínimo)					
5 ou mais SM	1	1			
3 a 4,99 SM	0,72	0,76	0,46	0,37 – 1,56	6,17
1 a 2,99 SM	1,62	1,60	0,08	0,94 – 2,71	3,02
< 1 SM	3,10	2,67	<0,01	1,31 – 5,47	3,69

MÉDIA DO VIF = 5,70 (Fator de Inflação de Variância)

O segundo modelo compôs-se de variáveis relativas à condições de saúde: número de doenças auto-referidas, ter referido diabetes, doenças osteoarticulares, doenças pulmonares, acidente vascular cerebral e número de remédios ingeridos diariamente. Mantiveram-se no modelo com aumento de chance da ocorrência de sintomas depressivos: ter doença pulmonar (OR 1,78; IC95% 1,01 – 3,14) e ter maior número de doenças auto-referidas. Nota-se que o maior número de doenças referidas aumentava em até 3,25 (IC95% 1,80 - 5,90) vezes a chance de apresentar sintomas depressivos, em relação aos indivíduos que referiram não apresentar doenças (Tabela 31).

Tabela 31: Regressão logística: Sintomas depressivos e doenças referidas.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,02	0,17	0,99 – 1,06	4,81
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,83	<0,01	1,23 - 2,74	2,65
DOENÇA PULMÃO					
Não	1	1			
Sim	2,19	1,78	<0,05	1,01 – 3,14	1,25
NÚMERO DE DOENÇAS AUTO-REFERIDAS					
Nenhuma	1	1			
Uma	2,03	1,89	<0,05	1,07 – 3,35	2,12
Duas	2,90	2,47	<0,01	1,36 – 4,52	2,11
Três ou mais	4,18	3,25	< 0,001	1,80 – 5,90	1,82

MÉDIA DO VIF = 2,46 (Fator de Inflação de Variância)

Compuseram o modelo 3, apresentado na tabela 32, as variáveis relativas à auto-avaliação da saúde e memória, realizada no momento da entrevista no ano 2000 e a comparação das mesmas com o ano anterior, e ainda com o desempenho obtida no MEEM. Permaneceram no modelo as variáveis que se referiam à pior auto-avaliação da saúde (OR=2,48; IC 95% 1,11 – 5,55) e da memória. Quanto mais negativa foi a avaliação da memória, maior foi o aumento na chance (OR=12,27; IC95% 5,03 – 29,97) de apresentar sintomas depressivos (Tabela 32).

Tabela 32: Regressão logística: associação de sintomas depressivos e auto – avaliação da saúde e memória (Modelo 3)

Variáveis	Odds Ratio	Odds Ratio (ajustada)	p	IC ^{95%}	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,02	0,11	0,99 – 1,05	9,13
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,77	<0,05	1,11- 2,82	2,59
AVALIAÇÃO SAÚDE					
Boa	1	1			
Regular	0,81	0,83	0,69	0,34 – 2,02	3,99
Ruim	3,14	2,48	< 0,05	1,11 – 5,55	5,41
AVALIAÇÃO MEMÓRIA					
Boa	1	1			
Regular	2,30	1,80	< 0,01	1,16 – 2,80	1,66
Ruim	16,89	12,27	< 0,001	5,03 – 29,97	1,09
MÉDIA DO VIF = 3,98 (Fator de Inflação de Variância)					

O último modelo contemplou o estudo da associação de variáveis relativas à dependência no desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Permaneceu no modelo, associado a sintomas depressivos, ter dependência para atividades instrumentais, sendo tanto maior a chance (OR=2,64; IC95% 1,31 – 5,34) para apresentar sintomas depressivos, quanto maior a dependência (Tabela 33)

Tabela 33: Regressão logística: Sintomas depressivos e autonomia para atividades de vida diária (Modelo 4).

Variáveis	Odds Ratio	Odds Ratio (ajustada)	p	IC ^{95%}	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,01	0,58	0,98 – 1,04	2,39
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	2,14	0,002	1,34 – 3,41	2,60
AIVDS					
Independente	1	1			
Dependente em 1 ou 2	1,98	1,32	0,38	0,70 – 2,49	1,70
Dependente em 3 ou +	5,83	2,64	0,008	1,31 – 5,34	1,22

MÉDIA DO VIF = 1,98 (Fator de Inflação de Variância)

Por fim, a última análise incluiu as variáveis que permaneceram significativamente associadas a sintomas depressivos nos modelos específicos para os grupos de variáveis que foram: renda, número de doenças auto-referidas, pior avaliação da saúde, pior avaliação da memória, ter dependência para atividades instrumentais de vida diária. Nesse modelo mantiveram-se associadas a sintomas depressivos: ter pior renda (OR= 2,40; IC95%: 1,08 – 5,38), ter doença pulmonar (OR= 2,23; IC95%: 1,12 – 4,47), ter pior auto-avaliação da saúde (OR= 2,95; IC95%: 1,15 – 7,56) e da memória (OR= 14,11; IC95%: 5,10 – 39,02). Essas condições aumentaram significativamente a chance da ocorrência de sintomas depressivos. É importante ressaltar que ter avaliado a memória como ruim aumentou chance de apresentar sintomas depressivos em 14,11 vezes (IC95% 5,10– 39,02) (Tabela 34)

Tabela 34: Regressão logística sintomas depressivos em relação a todas as variáveis significativas nos demais modelos (Modelo 5).

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC ^{95%}	VIF
IDADE (contínua)					
	1,02	1,02	0,28	0,98 – 1,08	11,01
SEXO					
Masculino	1	1			
Feminino	1,60	1,40	0,21	0,82 – 2,39	2,59
RENDA (SALÁRIO MÍNIMO)					
5 ou mais SM	1	1			
3 a 4,99 SM	0,72	0,77	0,54	0,32– 1,82	1,75
1 a 2,99 SM	1,62	1,40	0,39	0,64 – 3,09	3,19
< 1 SM	3,10	2,40	0,03	1,08– 5,38	1,48
DOENÇA PULMÃO					
Não	1	1			
Sim	2,19	2,23	0,024	1,12 – 4,47	1,15
AVALIAÇÃO DA SAÚDE					
Boa	1	1			
Regular	0,81	1,12	0,83	0,37 – 3,43	4,02
Ruim	3,14	2,95	0,025	1,15 – 7,56	5,49
AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA					
Excelente/Boa	1	1			
Regular	2,30	1,70	0,03	1,06 – 2,71	1,67
Ruim	16,89	14,11	< 0,001	5,10– 39,02	1,10
MÉDIA DO VIF = 3,35 (Fator de Inflação de Variância)					

Também nesta análise foram calculados os fatores de inflação de variância de todas as variáveis incluídas na análise multivariada. No modelo final (tabela 34) foi observado colinearidade com a variável idade, no entanto optou-se por manter a variável para ajuste do modelo. Se retirado do modelo os demais valores VIF diminuem acentuadamente.

5.3. Estudo Longitudinal – Análise dos fatores de proteção

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

Verificou-se que 25,2% (N= 238) dos idosos apresentaram sintomas depressivos nas duas avaliações ou em pelo menos uma delas e 74,8% não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento do seguimento (Tabela 35).

Tabela 35: Distribuição da população SABE A00 e A06 segundo presença ou não de sintomas depressivos (N=945).

SINTOMAS DEPRESSIVOS 2000	2006			
	NÃO-CASO		CASO	
	N	%	N	%
NÃO-CASO	707	74,8	73	7,7
CASO	93	9,9	72	7,6

Também foi possível observar que apresentar sintomas depressivos nos dois momentos de avaliação do estudo foi mais freqüente entre as mulheres (Tabela 36).

Tabela 36: Sintomas depressivos segundo sexo (coorte A00 e A06).

SINTOMAS DEPRESSIVOS	Homens (IC^{95%})	Mulheres (IC^{95%})	p*
Sem sintomas depressivos (A00 e A06)	81,9 (78,2 – 85,7)	71,7 (68,0 – 75,3)	<0,001
Com sintomas depressivos A06	6,3 (3,8 – 8,9)	6,6 (4,6 - 8,6)	
Com sintomas depressivos A00	8,8 (5,6 – 12,1)	11,1 (8,5 – 13,8)	
Com sintomas depressivos em A00 e A06	2,9 (1,0 – 4,9)	10,1 (7,9 – 13,3)	

*Teste de Rao-Scott

Entre os que não apresentaram sintomas depressivos nas duas avaliações (N=707), constatou-se que foi mais freqüente ser do sexo masculino, ter maior nível de escolaridade, melhor renda e perceber a renda como suficiente para suas despesas. A associação estatisticamente significativa entre essas variáveis sugere que apresentar melhor condição de vida pode ser um fator de proteção para sintomas depressivos (Tabela 37).

Tabela 37: Distribuição da presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06), segundo variáveis sociodemográficas (A00)

VARIÁVEIS	N	COM Sintomas Depressivos %	SEM Sintomas Depressivos %	p*
SEXO (N=945)				
Masculino	357	18,1	81,9	< 0,001
Feminino	588	28,3	71,7	
FAIXA ETÁRIA (N = 945)				
60 – 64 anos	285	23,6	76,4	0,85
65 – 69 anos	179	25,2	74,8	
70 – 74 anos	189	23,3	76,7	
75 – 79 anos	183	27,8	72,2	
80 ou mais	109	23,3	76,7	
ESCOLARIDADE (N=942)				
0 a 3 anos	457	27,9	72,1	0,05
4 anos ou mais	485	21,3	78,7	
RENDA EM SALÁRIO MÍNIMO (N= 778)				
Até 2,99 SM	434	28,8	71,2	< 0,05
3 SM ou mais	344	18,4	81,6	
PERCEPÇÃO DE RENDA (N = 938)				
Suficiente	315	17,3	82,7	< 0,05
Insuficiente	623	27,8	72,2	
ARRANJO FAMILIAR (N= 945)				
Mora Sozinho	135	20,5	79,5	0,29
Mora Acompanhado	810	24,8	75,2	

*Teste de Rao-Scott

Também foi possível observar, conforme descrito na tabela 38, que ter menor número de doenças auto-referidas, fazer uso de menor número de remédios e não ser portador de hipertensão e de doenças pulmonares associaram-se de forma estatisticamente significativa com não apresentar sintomas depressivos, sugerindo também que ter melhor condição de saúde pode atuar como fator de proteção para essa sintomatologia.

Tabela 38: Distribuição da presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06) segundo variáveis relativas à condição de saúde (A00).

DOENÇAS	N	COM Sintomas Depressivos %	SEM Sintomas Depressivos %	p*
NÚMERO DE DOENÇAS (N=945)				
0	251	16,4	83,6	
1	280	18,2	81,8	
2	259	32,3	67,7	
3 ou mais	155	36,2	63,8	< 0,001
HIPERTENSÃO (N=941)				
Não	452	19,7	80,3	
Sim	489	28,4	71,6	< 0,05
DIABETES (N=940)				
Não	784	23,3	76,7	
Sim	156	29,6	70,4	0,09
DOENÇAS OSTEOARTICULARES (N= 929)				
Não	610	22,6	77,4	
Sim	319	29,5	70,5	0,06
DOENÇAS CARDÍACAS (N=940)				
Não	770	23,1	76,9	
Sim	170	28,8	71,2	0,24
DOENÇAS PULMONARES (N = 943)				
Não	832	22,5	77,5	
Sim	111	37,1	62,9	< 0,01
AVC PRÉVIO (N=943)				
Não	902	23,8	76,2	
Sim	41	36,2	63,8	0,08
NEOPLASIA (N= 943)				
Não	920	24,2	75,8	
Sim	23	25,4	74,6	0,89
NÚMERO DE MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO (N= 945)				
Nenhuma	153	18,2	81,8	
Apenas uma	139	13,3	86,7	
2 ou 3	291	25,6	74,4	<0,01
4 a 7	316	31,8	68,2	
8 ou mais	46	29,0	71,0	

*Teste de Rao-Scott

Na tabela 39 estão descritos os resultados da associação da percepção dos idosos em relação à auto-avaliação de memória e da saúde e o resultado do MEEM em relação a sintomas depressivos. Pode-se observar que houve associação significativa entre avaliar positivamente a saúde e memória em relação a não ter apresentado sintomas depressivos em 2000 e 2006.

Tabela 39: Distribuição da população segundo percepção de memória e saúde (A00) segundo a presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06).

VARIÁVEIS	N	COM Sintomas Depressivos %	SEM Sintomas Depressivos %	p*
AUTO AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA (N= 942)				
Excelente/boa	589	18,0	82,0	< 0,001
Regular	318	30,7	69,3	
Ruim	35	70,3	29,7	
COMPARAÇÃO DA MEMÓRIA – ULTIMO ANO (N = 940)				
Melhor	58	18,4	81,6	< 0,001
Igual	664	18,6	81,4	
Pior	218	42,6	57,4	
AVALIAÇÃO COGNITIVA –MINI-EXAME ESTADO MENTAL (MEEM) (N=943)				
Preservado	915	24,0	76,0	0,51
Declínio Cognitivo	28	30,7	69,3	
PERCEPÇÃO DE SAÚDE (N=943)				
Excelente/boa	106	13,7	86,3	< 0,001
Regular	356	29,9	70,1	
Ruim	481	74,7	25,3	
COMPARAÇÃO DA SAÚDE - ULTIMO ANO (N = 941)				
Melhor	167	18,1	81,9	< 0,001
Igual	516	17,9	82,1	
Pior	258	43,2	56,8	

*Teste de Rao-Scott

Observou-se (Tabela 40) associação significativa estatisticamente entre a presença ou não de sintomas depressivos e o desempenho em AIVDS ($p < 0,001$). Nota-se que entre os indivíduos que não apresentaram sintomas depressivos em 2000 e nem em 2006 ocorreu menor porcentagem de prejuízo no desempenho das atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 40: Distribuição da população segundo capacidade funcional (A00) e presença ou não de sintomas depressivos (A00 e A06).

VARIÁVEIS	N	COM Sintomas Depressivos %	SEM Sintomas Depressivos %	p*
ABVDS (N = 851)				
Nenhuma dificuldade	840	22,3	77,7	0,06
1 ou 2 dificuldades	9	61,2	38,8	
3 ou + dificuldades	2	41,5	58,5	
AIVDS (N = 566)				
Nenhuma dificuldade	365	23,7	76,3	0,001
1 ou 2 dificuldades	151	36,9	63,1	
3 ou + dificuldades	50	53,4	46,6	

*Teste de Rao-Scott

Análise multivariada – Estudo dos fatores de proteção

Os modelos de regressão logística para o estudo da associação dos diferentes grupos de variáveis (sociodemográficas; doenças auto-referidas; condições de saúde; percepção de saúde e memória; autonomia) com a ausência de sintomas depressivos foram do tipo stepwise backward. Estabeleceram-se para compor essa análise as variáveis que se associaram a não apresentar sintomas depressivos na análise multivariada com valor de $p < 0,10$. A variável denominada “sem depressão” foi composta pelos indivíduos que não pontuaram para sintomas depressivos na GDS, nas avaliações de 2000 e 2006. Foi elaborado um modelo final com todas as variáveis que se associaram significativamente ($p < 0,05$) nos modelos com os grupos de variáveis descritos. Todos os modelos foram ajustados para sexo e idade.

Alguns modelos apresentaram o resultado de $VIF > 10$ para a variável idade, no entanto, manteve-se o ajuste para a idade pela sua importância teórica. Ressalta-se, no entanto que especificamente neste modelo, ao retirar idade, observou-se que as demais variáveis apresentaram $VIF < 10$.

O modelo construído com as variáveis sociodemográficas incluiu: sexo, escolaridade, renda, percepção de renda. Verificou-se que ter renda maior que três salários mínimos aumentou em até 2,13 (IC95% 1,03-4,38) vezes a chance de não apresentar sintomas depressivos nos anos avaliados.

Tabela 41: Modelo 1: Regressão logística de sintomas depressivos e variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Odds Ratio	Odds Ratio (ajustada)	p	IC ^{95%}	VIF
IDADE (contínua)					
	1,00	1,02	0,23	0,99 – 1,05	10,54
SEXO					
Feminino	1	1			
Masculino	1,64	1,61	< 0,01	1,14 – 2,29	1,97
RENDA(Salário Mínimo)					
< 1 SM	1	1			
1 a 2,99 SM	1,39	1,37	0,33	0,72 – 2,60	6,10
3 a 4,99 SM	2,18	2,13	0,04	1,03 – 4,38	3,04
5 ou mais SM	2,46	1,99	0,05	1,00 – 3,95	3,83

MÉDIA DO VIF = 5, 09 (Fator de Inflação de Variância)

A regressão logística efetuada com o grupo de variáveis relativas á condição de saúde incluiu: número de doenças referidas ter relatado ter hipertensão, diabetes, doenças osteoarticulares, doenças pulmonares, acidente vascular encefálico, número de remédios. Não ter hipertensão (OR= 1,48; IC95%1,02 – 2,13), bem como não ter doenças pulmonares (OR=2,18; IC95%1,41– 3,39), doenças osteoarticulares (OR = 1,72; IC95% 1,27 – 2,37) foram condições idetinficadas como fatores de proteção em relação a apresentar sintomas depressivos (Tabela 42).

Tabela 42: Modelo 2: Regressão logística de sintomas depressivos em relação a doenças auto-referidas.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,00	1,00	0,87	0,97 – 1,02	10,25
SEXO					
Feminino	1	1			
Masculino	1,64	1,70	<0,05	1,20 – 2,40	1,71
HIPERTENSÃO					
Sim	1	1			
Não	1,62	1,48	<0,05	1,02 – 2,13	2,04
DOENÇAS PULMONARES					
Sim	1	1			
Não	2,02	2,18	0,001	1,41 – 3,39	8,05
DOENÇAS OSTEOARTICULARES					
Sim	1	1			
Não	2,03	1,72	0,001	1,27 – 2,37	3,06

MÉDIA DO VIF = 5, 02 (Fator de Inflação de Variância)

Ao analisar variáveis de auto-avaliação de memória e de saúde, e pode-se perceber que uma boa condição de saúde e da memória, pode ser considerada como fator de proteção para a ocorrência de sintomas depressivos. Idosos que tinham melhor percepção de sua condição de saúde tiveram até 4,69 (IC 95% 2,27 – 9,69) vezes mais chance de não apresentar sintomas depressivos em relação aos idosos que perceberam uma deterioração da saúde nesse período. Da mesma forma aconteceu com os idosos que avaliaram positivamente sua memória. Aqueles que avaliaram positivamente sua memória tiveram até 8,03 (IC95% 3,19 – 20,18) vezes chance de não apresentar sintomas depressivos em relação aos idosos que perceberam alteração nessa função cognitiva (Tabela 43)

Tabela 43: Modelo 3: Regressão logística: Sintomas depressivos em relação a percepção de saúde e memória.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,00	0,99	0,86	0,97– 1,02	21,36
SEXO					
Feminino	1	1			
Masculino	1,64	1,62	0,008	1,14- 2,30	1,63
AUTO - AVALIAÇÃO DA SAÚDE					
Ruim	1	1			
Regular	2,97	2,50	< 0,001	1,68 – 3,69	1,84
Boa	5,41	4,69	< 0,001	2,27 – 9,69	1,29
AUTO-AVALIAÇÃO MEMÓRIA					
Ruim	1	1			
Regular	5,34	5,09	0,002	1,89 – 13,66	8,09
Boa	10,78	8,03	<0,001	3,19 – 20,18	9,45
MÉDIA DO VIF = 8,11 (Fator de Inflação de Variância)					

Na análise de regressão logística para as variáveis de autonomia nas atividades diárias (tabela 44) constatou-se que apresentar menor número de atividades instrumentais de vida diária das quais se necessita de ajuda, teve associação significativa com não apresentar sintomas depressivos (OR = 2,99; IC95% 1,42 – 6,27).

Tabela 44: Modelo 4: Regressão logística: Sintomas depressivos e atividades instrumentais de vida diária.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,00	1,01	0,29	0,99 – 1,04	10,17
SEXO					
Feminino	1	1			
Masculino	1,64	2,02	0,002	1,29 – 3,14	2,20
AIVDS					
Dependente em 3 ou +	1	1			
Dependente em 1 ou 2	1,96	2,12	<0,05	1,03 – 4,37	3,75
Independente	3,68	2,99	<0,01	1,42 – 6,27	7,41

MÉDIA DO VIF = 5,88 (Fator de Inflação de Variância)

Finalmente foi realizada a análise multivariada, com todas as variáveis que se mostraram estatisticamente associada ($p < 0,05$) a não apresentar sintomas depressivos nos modelos anteriores. Foram incluídas na análise: ser do sexo masculino, ter maior renda, não apresentar doenças como hipertensão, doença pulmonar, doenças osteoarticulares, auto-avaliar positivamente a memória e a saúde e ser menor dependência nas atividades instrumentais de vida diária. Permaneceram neste modelo: ser do sexo masculino (OR=1,75; IC95% 1,24 – 2,47), não ter doença crônica pulmonar (OR 2,07; IC95% 1,33 – 3,22) e avaliar positivamente sua saúde. Foi observado que ter auto-avaliado positivamente sua saúde aumentou em até 5,43 (IC95% 2,74 – 10,77) vezes a de chance de não apresentar sintomas depressivos, comparativamente aqueles que a avaliaram mal. (Tabela 45).

Tabela 45: Modelo final: Regressão logística Sintomas depressivos.

Variáveis	Odds Ratio (bruta)	Odds Ratio (ajustada)	p	IC95%	VIF
IDADE (contínua)					
	1,00	0,99	0,77	0,93 – 1,02	9,27
SEXO					
Feminino	1	1			
Masculino	1,64	1,75	0,002	1,24 – 2,47	1,63
DOENÇA PULMÃO					
Sim	1	1			
Não	2,02	2,07	0,002	1,33 – 3,22	8,08
AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE					
Ruim	1	1			
Regular	2,97	2,89	< 0,001	1,96 – 4,29	1,74
Boa	5,41	5,43	< 0,001	2,74 – 10,77	1,23
MÉDIA DO VIF = 4,39 (Fator de Inflação de Variância)					

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

Características sócio-demográficas

A maioria dos 972 idosos avaliados era do sexo feminino, e tinha de 65 até 79 anos de idade. Alta porcentagem (46,7%) apresentava baixa escolaridade (até três anos), sendo maior escolaridade observada entre os idosos do sexo masculino. Grande parte dos idosos já estava aposentada, não tendo outro vínculo empregatício (51,9%), e tinham renda em até três salários mínimos (54,9%). Características semelhantes foram descritas em outros estudos populacionais com idosos, realizados na cidade de São Paulo (Ramos et al, 1993; Ramos et al, 1998), e em Bambuí - MG (Lima-Costa et al, 2004). Esses dados parecem refletir o perfil dos idosos brasileiros, pois assemelham - se aos descritos pelo IBGE (2000) e pelo Relatório do Banco Mundial sobre o Envelhecimento (Gagnoli et al, 2011): população idosa composta em sua maioria por mulheres (8,9 milhões), com, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo. Esses mesmos dados (IBGE, 2000; Gagnoli et al, 2011) também apontam, como a presente investigação, que a maioria da população idosa tem baixa renda.

Em relação à situação conjugal, a maior parcela dos idosos avaliados era casada (52,8%) e morava com outras pessoas (83,5%). Entre os que viviam sozinhos (16,5%), a maioria era do sexo feminino (82,2%). Dados do IBGE (2000) e de Camarano & El Ghaouri (2003) indicam ter havido nos últimos anos um aumento no número de idosos responsáveis pelo domicílio, sendo a maioria desses do sexo feminino; com numerosos domicílios unipessoais e elevada proporção de mulheres idosas que vivem só ou sem o cônjuge, provavelmente viúvas.

A maioria da população era católica (69,5%) e relatou prática religiosa freqüente (90,4%), referindo encontrar na religião uma forma de enfrentamento para as dificuldades cotidianas. Duarte et al (2008) também refere a religião como importante mecanismo de apoio e enfrentamento dos problemas cotidianos, contribuindo para maior satisfação com a vida e diminuição dos sentimentos de desamparo e desesperança.

Condições de saúde

As condições de saúde dos idosos estudados podem ser consideradas bastante prejudicadas: 32,6% com pelo menos uma doença crônica, 17,4% com três ou mais, predominando hipertensão (62,7%), doenças osteoarticulares (34,3%), doenças cardíacas (22,4%) e diabetes (20,9%), além de relatarem alta frequência de uso de medicações (80,0%). Revisão de Garrido & Menezes (2002) indica que idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Baseando-se em dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) relatam que mais da metade dos idosos brasileiros apresentavam algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas. Ramos et al (1993), no início da década de 90, realizaram um inquérito domiciliar em dez subdistritos de cinco regiões do município de São Paulo, estratificados pelo nível socioeconômico e constataram que 86% dos entrevistados referiram pelo menos uma doença crônica. Em 1998, Ramos et al, em estudo de seguimento de dois anos daquela coorte, verificaram que 94% da população avaliada, apresentava mais de uma doença crônica. Na primeira fase do Estudo SABE (Lebrão & Laurenti, 2003) identificaram alta porcentagem de idosos que referiram ter pelo menos três doenças, especialmente entre as mulheres. As doenças mais prevalentes naquele momento do estudo foram hipertensão (53,3%), artrite/artrose (31,7%) e problemas cardíacos (19,5%).

Considerando-se que este estudo, com dados obtidos em 2006, demonstra um substancial aumento na porcentagem dessas doenças, pode-se atribuir esse aumento ao envelhecimento dessa população, além, provavelmente de terem tido acesso a mais informações sobre sua própria saúde nos anos que se seguiram ao primeiro inquérito. Morbidades semelhantes foram descritas por outro inquérito de saúde também realizado na cidade de São Paulo- ISA/SP (César et al, 2010), em que se constatou , entre os idosos da amostra populacional estudada, hipertensão (homens: 46,8%; mulheres: 55,6%), artrite/artrose/ reumatismo: homens:11,8%, mulheres: 38,7%; doenças do coração, homens: 19,3%, mulheres: 16,8%); diabetes, homens:19,3%; mulheres:20,6%).

Iozzi et al (2008) investigaram as condições de saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro e verificaram que o número de comorbidades aumentava com a idade. Enquanto 59% dos idosos com idade de 60 a 69 anos referiram ter até duas doenças, 66% dos idosos com 80 anos relataram mais de quatro doenças, sendo as mais freqüentes: hipertensão (63%), artrite (48%), catarata (35%), depressão (25%), osteoporose (21%) e diabetes (18%), dados também semelhantes aos deste estudo. Observaram também que o número de doenças declarado por homens e mulheres diferiu: 19% dos homens referiram quatro doenças ou mais, e nas mulheres essa porcentagem foi de 35%, o que também se observou no presente estudo: 26,7% dos homens referiram ter três doenças ou mais, 73,2% das mulheres o fizeram, mais uma vez reafirmando a necessidade de se compreender as diferenças de saúde em relação aos sexos (Aquino, 2006)

Iozzi et al (2008) constataram ainda que a renda estabelece um gradiente de morbididades: quanto menor a renda, maior a referência à comorbidades e vice-versa. Assim sendo, considerando que no presente estudo a maioria dos idosos apresentava baixa renda (58,9% até três salários mínimos), é possível supor que essa população se apresentasse mais adoecida, e conseqüentemente com mais anos vividos com incapacidade e dependência, maior

sobrecarga para familiares e serviços de saúde, além de piora significativa de sua qualidade de vida.

Dados da PNAD da década de 90, já mostravam que os idosos brasileiros eram portadores de pelo menos uma doença crônica e utilizavam medicamentos regularmente, indicando desde então a necessidade de serviços de saúde capacitados para atender as necessidades dessas pessoas, o que se confirma com os resultados da presente pesquisa (Garrido & Menezes, 2002)

Estudo de Prevalência

A prevalência de sintomas depressivos obtida neste estudo foi 14,5% (IC95% 11,8-16,7), relativamente mais baixa que as descritas na grande maioria dos estudos populacionais nacionais, que também utilizaram instrumentos para avaliar sintomas depressivos. Essa grande variabilidade, provavelmente, deve-se não apenas às diferenças de critérios diagnósticos e instrumentos utilizados, mas também refletem características próprias de cada população estudada.

No Brasil, Veras & Coutinho (1991) observaram porcentagens diferenciadas (20,9%, 23% e 36,8%) de sintomas depressivos em bairros com populações que diferiam do ponto de vista socioeconômico, além de terem utilizado o *SHORT CARE*, que, segundo esses autores, é um instrumento com o qual se deve ter cautela ao escolher o ponto de corte a ser utilizado para investigar sintomas depressivos devido à baixa especificidade e sensibilidade detectadas nos estudos de validade e confiabilidade. Cerqueira (2003) estudando a coorte do Estudo SABE, na fase de inclusão, em 2000, com o mesmo instrumento (GDS-15), registrou

prevalência de 18,1%. Em se tratando da mesma população aqui estudada, pode-se atribuir a diferença encontrada ao envelhecimento da população, uma vez que em 2000, contava-se com indivíduos na faixa etária de 60-64 anos, e alguns estudos referem diferenciação entre as prevalências de sintomas depressivos em diferentes faixas etárias (Beekman et al, 1999; Chong et al, 2001; Stek et al, 2006). Pode-se pensar também que esses são idosos e não institucionalizados, possivelmente menos frágeis.

Prevalência bastante superior (38,5%) ao desta pesquisa foi descrita por Castro-Costa et al (2008) em município de pequeno porte no interior de Minas Gerais, utilizando o GHQ (*General Health Questionnaire*), provavelmente pelo instrumento utilizado, destinado mais a avaliar transtornos mentais comuns, não sendo um instrumento específico para sintomas depressivos (Goldberg et al, 1988). Lima et al (2009) avaliaram idosos com 65 anos ou mais, porém em um bairro específico da cidade de São Paulo (Vila Clementino), com características próprias, e verificaram a prevalência de 21,1% utilizando o SPES - *Short Psychiatryc Evaluation Schedule* - (Blay et al 1988) e a GDS (Yesavage et al, 1983). Barcelos-Ferreira et al (2009) avaliaram idosos com 60 anos ou mais do município de São Paulo, estratificados por três diferentes níveis socioeconômicos, com amostra representativa da cidade, à semelhança do presente estudo, e obtiveram a prevalência de 13% de sintomas depressivos, sendo este o resultado que mais se assemelha aos aqui obtidos. (SABE A06).

Estudo populacional internacional registrou prevalência de sintomas depressivos semelhante à identificada aqui. Nos Estados Unidos, ECA - *Epidemiological Catchment Área Study* (Robins & Regier, 1991) a prevalência foi de 15%. No entanto, outros estudos descreveram prevalência mais alta que a aqui obtida, como o *The Share Study*, estudo populacional realizado em diversos países da Europa (Castro-Costa et al, 2007) utilizando como instrumento o Euro-D, constataram taxas que variaram de 18,5% a 36,8%,

provavelmente devido ao instrumento utilizado e características específicas das populações europeias.

Resultados de prevalência de sintomas depressivos de outros estudos internacionais (Chong et al, 2001; Wada et al, 2004; Torija et al, 2007; Borjoquez-Chapela et al, 2009; Kim et al, 2009) diferem dos resultados desta pesquisa, pois investigaram o impacto socioeconômico na ocorrência desses sintomas, focalizando apenas populações de baixa renda. Borjoquez-Chapella et al (2009) utilizando a CES-D, estudaram a ocorrência de sintomas depressivos em idosos de baixa renda do México, e registraram a prevalência de 43%. Wada et al (2004), investigaram sintomas depressivos em quatro diferentes comunidades de pequeno porte do interior do Japão, utilizando a GDS e constataram a prevalência de 33,5% . Estudo semelhante foi desenvolvido por Kim et al (2009), na Coreia, também utilizando a GDS, com idosos da área urbana e rural e obteve a prevalência de 63%. Torija et al (2007) avaliaram idosos na área de distrital de Guadalajara, que englobava área urbana e rural, utilizando a GDS, e constataram prevalência de 19,7% de sintomas depressivos. Chong et al (2001) investigaram a prevalência de sintomas depressivos em três tipos de comunidades diferentes no sul de Taiwan (rural, semi-urbana e urbana) utilizando o GMS-AGECAT e registraram a prevalência de 15,3%.

Fatores associados a sintomas depressivos

Os resultados da regressão logística deste estudo indicaram uma associação significativa de sintomas depressivos com algumas condições de saúde (ter relatado saúde visual e bucal ruim), apresentar dependência para atividades básicas de vida diária, avaliar sua

memória e perceber sua saúde como ruins e apresentar disfunção familiar (moderada ou grave).

A associação de sintomas depressivos com o declínio na função visual, segundo Ribeiro et al (2004) e Luiz et al (2009) frequentemente afeta a realização das atividades cotidianas, restringe a participação social e limita o desempenho de atividades que os idosos desejam ou precisam realizar, podendo levar à diminuição da qualidade de vida e à altas taxas de depressão nessa população. Ribeiro et al (2004) destacam que os idosos com comprometimento visual tem mais dificuldades para andar em meio externo, maior risco de quedas, gerando insegurança e dependência para a realização das atividades cotidianas.

Outro problema frequente no envelhecimento, porém pouco abordado na literatura, é a saúde bucal. O envelhecimento pode levar à redução da higiene bucal e ao aumento de doenças bucais em idosos. Eventos estressantes, transtornos psicológicos, sintomatologia depressiva ou o próprio lugar onde se vive podem influenciar, direta ou indiretamente a saúde bucal do indivíduo (Kurihara, 2010). Doenças bucais como a cárie e suas conseqüências, especialmente perda dental são freqüentes e tem repercussão na qualidade de vida (Hugo, 2008). Hugo (2008) avaliou a associação de saúde bucal com qualidade de vida e sintomas depressivos, constatando prejuízo nos domínios físicos, psicológicos, e nas relações sociais e ambientais. Esse prejuízo relacionou-se ao edentulismo e dificuldade de mastigação. Seus dados sugerem que saúde bucal, qualidade de vida e sintomas depressivos tem um caráter multidirecional, o que os presentes resultados parecem confirmar.

Outros estudos corroboram os achados desta pesquisa no que se refere à associação de sintomas depressivos e dependência para atividades básicas de vida diária (Wada et al, 2004; Mendes-Chiloff et al, 2008; Lima et al, 2009). Embora sejam resultados de

um estudo transversal essa importante associação é indicativa do impacto que a limitação funcional pode ter sobre o humor de idosos e vice-versa.

Observou-se, nesta pesquisa, associação de sintomas depressivos com pior avaliação da memória, no entanto, verificou-se que perceber a memória como ruim, não foi indicativo da presença de comprometimento cognitivo, segundo a avaliação efetuada. Da alta porcentagem (43%) dos idosos que avaliaram seu desempenho de memória como regular ou ruim, apenas 8,1% pontuaram para comprometimento cognitivo no Mini-Exame do Estado Mental. Alguns autores sugerem que queixas de desempenho de memória, podem estar mais diretamente ligadas a fatores psicológicos como ansiedade, depressão e alta exigência pessoal (Paulo & Yassuda, 2010), o que parece se confirmar no presente estudo. Avaliar a memória negativamente aumentou o risco de apresentar sintomas depressivos 6,82 vezes em relação ao idoso que avaliou positivamente seu desempenho mnemônico (Tabela 25).

Perceber a saúde como ruim parece ser um marcador em relação à presença de sintomas depressivos. A auto-avaliação da saúde, por meio de uma única questão, tem sido um indicativo amplamente utilizado em inquéritos populacionais (Ramos, et al, 1993; Barros et al, 2009). Barros et al (2009) referem que a auto-avaliação do indivíduo parece levar em conta a somatória dos sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissionais da saúde) e o impacto dessas condições sobre o bem-estar físico, mental e social desse indivíduo. Estudos indicam que a presença de doenças crônicas é um forte determinante para a autopercepção ruim de saúde (Alves & Rodrigues, 2005; Barros et al 2009). A autopercepção de saúde tem sido identificada até como indicador de mortalidade, pessoas que avaliam sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade, por todas as causas de morte, em comparação àquelas que relatam ter saúde excelente (Marcellini et al; 2002). A auto-percepção de saúde associa-se com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser entendido como uma medida objetiva de saúde (Alves & Rodrigues, 2005). Alves &

Rodrigues (2005), investigando a auto-percepção de saúde entre homens e mulheres no Estudo SABE 2000, verificaram que homens com quatro ou mais doenças crônicas tem 10,53 vezes mais chance de apresentar percepção ruim de saúde, do que aqueles com menor número de doenças auto-referidas. Também verificaram a associação de pior auto-percepção de saúde com maior dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, menor renda e menor escolaridade. Em relação à capacidade funcional, esses autores (Alves & Rodrigues, 2005) identificaram que a medida que aumenta o grau de dependência para as atividades funcionais, aumenta a chance do idoso perceber sua saúde como ruim. Sendo assim, concluem que a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde dos idosos, reafirmando como paradigma de saúde para essa população o resultante entre o equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional.

Portanto, a variável auto-percepção da saúde parece sintetizar uma avaliação global do estado de saúde do indivíduo a partir da percepção de aspectos objetivos e subjetivos, envolvendo, além de condições médicas e funcionais específicas, aspectos como estados de humor e rede de relações sociais (Rabelo et al, 2010). Nesse sentido, é possível que as condições de saúde que neste estudo associaram-se significativamente com a presença de sintomas depressivos (condição visual e bucal; incapacidade para as atividades básicas de vida diária e pior avaliação da memória) reflitam-se na auto-percepção da saúde e esta possa representar esse amálgama de percepções e interfira no estado de humor dos indivíduos

A associação da percepção da disfuncionalidade familiar e sintomatologia depressiva também parece compor o conjunto de percepções sintetizado na auto-percepção da saúde. Torres et al (2009) discutem a dificuldade da estrutura familiar atual em prover os cuidados com o idoso que se torna dependente e as conseqüências disso na dinâmica familiar e na qualidade de vida do próprio idoso. A presente investigação indica que o idoso que percebe a dificuldade familiar pode apresentar mais frequentemente sintomas depressivos,

ressalta-se, porém, que sendo esse um estudo transversal, não se pode identificar a direção dessa influência.

Observando-se o resultado da regressão logística que analisou fatores de risco presentes em 2000, que se associaram à presença de sintomas depressivos em 2006, verifica-se que se mantiveram no modelo ter baixa renda, referir doença pulmonar e avaliar negativamente a memória e a saúde.

Rodrigues (1989) relata que a baixa renda dos idosos pode atuar negativamente no desenvolvimento de comportamentos saudáveis no ambiente familiar, dificultar o acesso aos serviços e cuidados de saúde e a recursos materiais. Romero et al (2005) sugerem que possuir baixa renda, além de favorecer a exposição à condições desfavoráveis, pode ter restringido, ao longo da vida, o desenvolvimento de recursos psicológicos para que esses indivíduos lidem com as situações de risco, tornando-os mais vulneráveis a apresentar sintomas depressivos. Lima-Costa et al (2003) identificaram que idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, tem baixa adesão aos tratamentos e pouco acesso aos medicamentos, o que se reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo. Chong et al (2001), estudando idosos em Taiwan, também observaram que baixa renda frequentemente associa-se a piores condições de saúde, o que pode predispor a sintomas depressivos.

Ter referido doenças pulmonares em 2000 associou-se à presença de sintomas depressivos seis anos depois. A literatura da área demonstra a relevância da associação de doenças, as crônicas de forma especial, com sintomas depressivos e depressão. Chong et al (2001) verificaram associação de sintomas depressivos com doença física e observaram um aumento de 3,7 vezes na chance de apresentar sintomas depressivos entre os idosos com essa condição. Em vários outros estudos internacionais foi significativa a associação entre sintomas depressivos e doenças físicas (Blazer e al, 1991; Beekman et al, 1999; Má et al,

2008). Estudos brasileiros que investigaram idosos atendidos em ambulatório de geriatria (Aguiar & Dunninghan, 1993) e idosos na comunidade (Castro-Costa et al, 2008) também verificaram essa associação.

É importante marcar que doenças comuns no envelhecimento (doenças metabólicas, pulmonares, cardíacas, osteoarticulares e hipertensão) podem contribuir para o desenvolvimento de depressão, tanto através da própria patogenia quanto através dos efeitos psicológicos e psicossociais decorrentes dessas doenças (Alexopoulos et al, 2002; Duarte et al, 2007). Duarte et al (2007) investigaram a associação entre doenças crônicas e sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório de geriatria de Salvador (BA), constatando associação positiva entre sintomas depressivos e maior número de doenças crônicas, além de observarem associações específicas com cada uma das doenças crônicas.

Neste estudo observou-se 24,6 % de sintomas depressivos entre os indivíduos que referiram doença pulmonar em 2000 (Tabela 27). Gift et al (1993) e Van Manen et al (2002) também verificaram alta prevalência (42%) da sintomatologia depressiva entre os pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Sugerem que a presença de sintomas depressivos nessa população poderia ser uma resposta psicológica desses indivíduos às suas limitações diante das atividades de vida diária, que lhes exigem maiores esforços para superar a condição incapacitante decorrente da doença e para lidarem com a privação social consequente aos sintomas. Entre esses sintomas a presença de dispnéia é dos mais limitantes, sendo utilizada para se determinar a gravidade da doença, interferindo diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde (Carvalho et al, 2007).

A auto-avaliação negativa da saúde e da memória presentes em 2000, também se associaram significativamente aos sintomas depressivos em 2006. Nessa análise longitudinal, observou-se que outras condições, não associadas aos sintomas depressivos no estudo

transversal foram identificadas: doença pulmonar e baixa renda que podem afetar a capacidade funcional e qualidade de vida, mais uma vez sugerindo sua importância para a auto-avaliação de saúde do indivíduo e desenvolvimento de sintomas depressivos.

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

Vários estudos populacionais tem verificado maior frequência de sintomas depressivos no sexo feminino, (Wurff et al, 2004; Sherina et al, 2005; McDougall et al, 2007; Má et al, 2008) sugerindo maior vulnerabilidade social nas mulheres, pois é comum também para elas, a presença de menores níveis de escolaridade, menor renda, viverem mais sozinhas, serem portadoras de maior número de comorbidades físicas e terem maiores limitações funcionais. Essa descrição é muito semelhante aos dados do presente estudo, o que pode indicar uma condição de vulnerabilidade nessa população. É importante ressaltar que Cerqueira (2003) já tinha apontado essa condição desfavorável para o sexo feminino desde a primeira avaliação do Estudo SABE.

Não apresentar doença crônica pulmonar e toda a sintomatologia decorrente, bem como não ter o prejuízo social consequente dessa doença pode explicar a ausência de sintomas depressivos entre essas pessoas, com também referem Van Manen et al (2002)

A auto-avaliação positiva da saúde associada com ausência de sintomas depressivos pode estar representando melhores condições de saúde e de vida desses indivíduos. Esse resultado parece corroborar dados de pesquisas anteriores a este estudo que sugerem que a auto-avaliação positiva da saúde é determinada por se ter menor número de doenças, maior autonomia para atividades básicas e instrumentais de vida diária, contar com

boa rede social, algumas condições que poderiam representar os aspectos físicos, biológicos e emocionais desejáveis para um envelhecimento ativo (OMS, 2005). Neste estudo constatou-se que dos idosos que não apresentaram sintomas depressivos em nenhuma das avaliações (2000 e 2006), 83% referiram não ter nenhuma doença e a prevalência de sintomas depressivos aumentou conforme o maior número de doenças referidas (Tabela 38). Também foi observado que dentre os idosos que não apresentaram sintomas depressivos, a maioria tinha autonomia para as atividades básicas e instrumentais de vida diária (Tabela 40). Neste sentido, ter uma auto-avaliação positiva da saúde parece corresponder a uma boa condição de saúde e funcionalidade, podendo todas essas condições serem vistas como fatores protetores em relação à ocorrência de sintomas depressivos.

Cabe ainda ressaltar que neste estudo não se verificou associação significativa de sintomas depressivos e idade. Muitas outras pesquisas também não são conclusivas em relação a esse aspecto, mas este ainda é um tema controverso e relevante para a área. Em vários estudos foi observada a associação de depressão com o aumento da idade (Chong et al, 2001; Stek et al, 2006). Se por um lado, a velhice é a fase em que os indivíduos estão muito expostos a perdas e eventos adversos, por outro, existem dados demonstrando que, conforme os anos avançam, ocorre um decréscimo ou estabilização nas taxas de ocorrência de sintomas depressivos, podendo haver um pico nas idades mais avançadas. (Beekman et al, 1999; Snowden, 2002). Também Nguyen et al (2006) estudando a relação da idade e sintomas depressivos, observaram associação entre o aumento da idade com maior número de sintomas somáticos e indisposição física, principalmente nas coortes com mais de 70 anos. A idade, por si só, não aumenta o risco de depressão, no entanto, os efeitos da idade na sintomatologia depressiva podem ser atribuídos aos problemas de saúde e incapacidades frequentes em idosos (Faria et al, 2008). Neste estudo, foi observada situação semelhante: não houve associação dos sintomas depressivos com o aumento da idade, no entanto, houve associação

de sintomas depressivos com comorbidades físicas crônicas, comuns no envelhecimento, bem como uso de maior número de medicações e percepção de saúde como ruim.

Limitações do estudo

O instrumento utilizado para avaliar sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica -Sheik & Yesavage, 1986) em idosos no ESTUDO SABE detecta a ocorrência desses sintomas no último mês, limitando a análise de sintomas depressivos ao longo da vida. Portanto, além de se ressaltar essa característica da escala salienta-se novamente o caráter cíclico da depressão e dos sintomas depressivos, onde os idosos podem ter apresentado sintomas depressivos entre os diferentes momentos da aplicação do questionário impedindo que se pudesse fazer com esse desenho do estudo a estimativa da incidência de sintomas depressivos.

7. Conclusões

7. CONCLUSÕES

Os dados obtidos neste estudo corroboram a literatura da área, constatando a alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos.

Percebeu-se que existem fatores que favorecem uma condição de vulnerabilidade para idosos apresentarem sintomas depressivos: piores condições de vida (baixa renda), as quais podem implicar em maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, menor reserva emocional para enfrentar situações de crise e não ter rede de apoio satisfatória. Também foi marcante a associação de sintomas depressivos a condição de saúde dos idosos: o maior número de morbidades, a percepção negativa de sua saúde e memória e a dependência para as atividades cotidianas e a percepção de disfuncionalidade familiar.

Supõe-se que esse conjunto de condições adversas pode gerar sobrecarga para prestação de cuidados a esses idosos, evidenciando a relevância do planejamento e implementação de políticas e programas sociais e de saúde para o atendimento de idosos, uma vez que podem, a maioria delas, ser passíveis de ações que as previnam ou eliminem.

8. Referências

8. REFERÊNCIAS

Aguiar WM, Dunningham W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. *Arq Bras Méd.* 1993;67:297-9.

Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KRR. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanism and treatment. *Biol Psychiatry.* 2002;52:543-58.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.

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.* 2007;62(4):526-37.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333-41.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22(3):106-15.

Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(N Esp):121-32.

Argimon II L, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):64-72.

Asberg M, Montgomery AS, Perris C. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1978;57(Supl 27):5-27.

Associação Americana de Psiquiatria (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Barcelos-Ferreira R, Pinto JÁ, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino C. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17(7):582-90.

Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saude Pública*. 2007;41(4): 598-605.

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Pública*. 2009;43(Supl)2:27-37.

Beekman ATF, Deeg DJH, 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;36:65-75.

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999;174:307-11.

Beekman ATF, Beurs E, Balkon AJLM, Deeg DJH, DyckR, Tilburg W. Anxiety and Depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1):89-95.

Blay SL, Ramos LR, Mari JJ. Validity study of the Brazilian version of the OARS mental health screening questionnaire. *J Am Geriatric Soc*. 1988;36:687-2.

Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: na epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991;46(6):M210-5.

Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol*. 2001;56(8): M505-9.

Bojorquez-Chapela I, Villalobos-Daniel VE, Manrique-Espinoza BS, Tellez-Rojó MM, Salinas-Rodriguez A. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1): 70-7.

Cámara C, Saz P, López-Antoón R, Ventura T, Día JL, Lobo A. Depression in the elderly community: I. Prevalence by different diagnostic criteria and clinical profile. *Eur J Psychiatr*. 2008;22(3):131-40.

Cámara C, Saz P, López-Antoón R, Ventura T, Día JL, Lobo A. Depression in the elderly community: II. Outcome in a 4.5 years follow-up. *Eur J Psychiatr*. 2008; 22(3):141-50.

Camarano AA, El Ghaouri SK. Famílias com idosos:inhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA; 2003.

Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M, Nunes MPT, Cukier A, Stelmach R. Asma e doença pulmonar obstrutiva crônica: uma comparação entre variáveis de ansiedade e depressão. J Bras Pneumol. 2007;33(1):1-6.

Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonça-Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in late life in ten European countries. Br J Psychiatry. 2007;191:393-401.

Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study). Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):104-9.

Cerqueira ATAR. O estudo da saúde mental no projeto SABE: deterioração cognitiva e depressão. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. OPAS/OMS; 2003; Cap. 7, p.143-65.

Cesar CLG, Alves MCGP, Goldbaum M, Segri NJ. Boletins ISA - Inquérito de Saúde na cidade de São Paulo. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação; Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de São Paulo, 2010. Boletim 1.

Chen R, Wei L, Hu Z, Qin X, Copeland J, Hemigway H. depression in older people in rural China. Arch Intern Med. 2005; 16:(26):2019-25.

Chong MY, Chen CC, Tsang HY, Yeh TL, Chen CS, Lee YH, et al. Community study of depression in old age in Taiwan. Br J Psychiatry. 2001;178:29-35.

Cohen AB, Koenig HG. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. Ageing Int. 2003;38:215-41.

Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay AJ, Gurland BJ, Fleiss JL, et al. 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.

- Coopeland JR, Dewey ME, Griffiths-Jones HM. A computadorized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE CAT. *Psychol Med*. 1986; 16(1):89-99.
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:372-87.
- Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):691-700.
- Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor – A ótica de idosos e cuidadores familiares. [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
- Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2008; 5(24):173-7.
- Faria ACNB, Barreto SM, Passos VMA. Sintomatologia depressiva em idosos de um plano de saúde. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008;18(3):175-82.
- Fava M, Rankin MA, Wright EC, Alpert JE, Niemberg AA, Pava J, et al. Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry*. 2000;41(2):97-102.
- Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Ganatra HÁ, Zafar SN, Qidwai W, Rozi S. Prevalence and predictors of depression among na elderly population of Pakistan. *Aging Ment Health*. 2008;12(3):349-56.
- Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl I):3-6.
- Gift AG, McCrone SH. Depression in patients with COPD. *Heart Lung*. 1993;22(4): 289-97.
- Goldberg D, Williams P. A user's guide to the Generral Health Questionnaire. Windsor: NFER – Nelson; 1988.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gurey O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-7.
-

Gragnolati M, Jorgensen OH, Rocha R, Fruttero A. Envelhecendo em um país mais velho. Washington: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento, Banco Mundial; 2011.

Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology oh major depressive disorder in elderly nigerians in the Ibandan Study of ageing: a community-based survey. *The Lancet*. 2007;370(15):957-64.

Gurland B, Golden RR, Teresi JÁ, Chalopp J. The short-care: na efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *J Gerontol*. 1984;39:166-9.

Heun R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry*. 2005;20:199-204.

Hybel CF, Blazer DG. Epidemiology and Geriatric Psychiatry. In: Tsuang HT, Tohen M. *Textbook Psychiatry Epidemiology*. New York: Wiley-Liss; 2002. Cap 22, p.603-28.

Hugo FN. Qualidade de vida, depressão e saúde bucal em idosos do sul do Brasil. [Tese] Campinas: Unicamp; 2008.

Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) Del Studio de dementia em Chile: análisis estatístico. OPAS; 1999. p.1-18.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População residente, por sexo e situação de domicílio, segundo a religião. Censo Demográfico 2000 [Internet]. Brasília: IBGE; [Acesso em 10 de março de 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf

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.

Iozzi R, Caetano S, Carneiro AC, Theme MM, Reis V, Santos LH. Morbidade Referida – 1ª. Pesquisa sobre condições de Saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro. In: *Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais ABEP*; 29 set – 3 out 2008, Caxambu. MG. Caxambu: ABEP; 2008.

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;914-9.
- Kim JI, Cho MA, Cha YR. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. Asian Nurs Res. 2009;3(3):121-9.
- Kleinbaum DG; Kupper LL; Muller KE. Applied regression analysis and other multivariate methods. 2nd ed. Duxbury Press. Belmont: 1988. p.210.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. Am J Psychiatr. 1998;155(4):536-42.
- Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(4):282-91.
- Kurihara E. Relação entre saúde bucal e fatores psicológicos de idosos institucionalizados e não institucionalizados. [Tese] Piracicaba: Unicamp; 2010.
- Lai DWL. Impacto f culture on depressive symptoms of elderly chinese immigrants. Can J Psychiatry. 2004;49(12):820-7.
- Lafer B. Transtornos do humor. In: Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. Cap.8, p. 113-26.
- Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
- Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. São Paulo: OPAS/OMS. 2003. Cap. 4, p.73 - 91.
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:127-41.
- Lebrão ML, Duarte YAO. Desafios de um estudo longitudinal: O Projeto SABE. Saúde Coletiva. 2008;5(24):166-7.
- Lee ES, Forthofer RN. Analyzing complex survey data. 2nd ed. Beverly Hills: Sage; 2006.
-

- Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* 2003;12(4):189-201.
- Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):827-34.
- Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados a sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7.
- Luijendijk H, Berg J, Dekker MJHJ, TuijthmHR, Otte W, Smit F, Hofman A, et al. Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12): 1394 -401.
- Luiz LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter São Carlos*. 2009;13(5):444-50.
- Ma X, Xiang T, Xiang SRLQ, Guo HL, Hou YZ, Cai ZJ et al. Prevalence and sociodemographic correlates of depression in an elderly population living with family members in Beijing, China. *Psychol Med* 2008;38:1723-30.
- Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2002;35(Supl):181-9.
- McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, et al. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA study. *Psychol Med*. 2007;37:1787-95.
- Mendes-Chiloff CL, Ramos-Cerqueira AT, Lima MCP, Torres AR. Depressive symptoms among elderly inpatients of a Brazilian university hospital: prevalence and associated factors. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(5):1028-40.
- Murphy JM. Symptom scales and diagnostic schedules in adult psychiatry In: Tsuang MT, Tohen M. *Textbook: Psychiatry Epidemiology*. Wiley-Liss; New York: 2002; Cap.12: p. 273-332.
- Norton MC, Skoog I, Toone L, Corcoran C, Tschanz JT, Lisota RD, et al. Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: The Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(3):237-245.
-

Nguyen HT, Zonderman AB. Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies. *Psychol Aging*. 2006; 21(1):119-26.

Organização das Nações Unidas. World population prospects: the 2004 revision.[Internet] NovaYork: ONU; 2004. [Acesso em 07 /11/ 2010]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/WPP2004_vol3.pdf.

Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v.1.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2005.

Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. São Paulo: OPAS/OMS. 2003; Cap.1 , p.15 -32.

Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiquiatr Clin*. 2010;37(1):23-6.

Pfeffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patientc. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-40.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982; 37:32-39.

Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of the EURO-D scale – a European union initiative to compare symptom of depression in 14 european centre. *Br J Psychiatry*.1999;174:330-8.

Rabelo DF, Lima CFM, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e auto-percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010;13(2):115-30.

Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*. 1977;1:385-401.

Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*. 1993;1(1):3-8.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27:87-94.

Ramos LR, Toniolo Neto J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Pública*. 1998;32:397-407.

Ribeiro JEC, Freitas MM, Araújo GS, Rocha THR. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol*. 2004;67(5):795-9.

Riberto M, Miyazaki MH, Jorge D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátr*. 2001;8(1):45-52.

Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its Characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:281-9.

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1069-77.

Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991.

Rodrigues RN. "Vida severina", healthy family?: morbidity and mortality in two metropolitan regions of Brazil [Tese]. Canberra: Australian National University; 1989.

Romero LJ, Ortiz IE, Finley R, Wayne S, Lindeman R. Prevalence of depressive symptoms in New Mexico Hispanic and Non-Hispanic White elderly. *Tehn Dis*. 2005;15:691-97.

Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.

Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.

Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a short version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-73.

Sherina M, Rampal S, Aina M, Norhidayat H. The prevalence of depression among elderly in na urban área of Selangor Malaysia. *The International Med J*. 2005;4(2):57 -63.

Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings MI, Jonker C, Tilburg WV. Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord*. 2000;59:127-37.

Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Jonker C, et al. Association of depression and gender with mortality in old age. *Br J Psychiatry*. 2000;177:336-42.

Smilkstein G. The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.

Snowdon J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr*, 2002; 24(Supl I):42-7.

STATA CORP. Stata Statistical Software: Release 10. College Station: StataCorp LP, 2007

Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and Its treatment ia na elderly population. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:601-7.

Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Mast RCVD, Beekman TF, Westendorp RGJ. Natural history of depression in the oldest old. *Br J Psychiatry*. 2006;188:65-9.

Stiles PG, McGarrahan JF. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. *J Clin Geropsychol* 1998;4:89-110.

Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(3):149-59.

Torija JRJ, Mayor JMF, Salazar MPG, Buisan LT, Fernandez RMT. Sintomas depressivos em personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007; 21(1):37-42.

Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependents em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):39-44.

Van Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, Yzermans CJ, Vander Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. Thorax. 2002;57(5):412-6.

Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. Rev Saúde Pública. 1991;25(3):209-17.

Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly – prevalence and association with ADL and QOL. Arch Gerontol Geriatr. 2004;39:15-23.

Weich S, Prince M. Cohort studies. In: Practical Psychiatric Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2003. Cap. 9:155-75.

Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in a Australian national survey. J Affect Disord. 2003; 75(2):155-62.

Wurff FB, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JÁ, Smits CHM, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. J Affect Disord. 2004;83:33-41.

Yesavage JA, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17(1):37-49.

Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980;20:649-55.

Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.

9. *Anexos*



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP



S A B E

ESTUDO SABE:

SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

**Estudo longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do
Município de São Paulo**

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento e aprovo o uso dos dados do Estudo SABE pela aluna **Cristiane Lara Mendes-Chiloff**, orientanda da Profa. Dra Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira. Declaro, ainda, que o projeto da aluna faz parte dos objetivos do projeto original.

São Paulo, 10 de junho de 2009

Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão
Coordenadora

SABE:

SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO

S A B E

Município de São Paulo

Estudo longitudinal sobre as condições de vida e de saúde dos idosos do

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento e aprovo o uso dos dados do Estudo SABE pela aluna **Cristiane Lara Mendes-Chiloff**, orientanda da Profa. Dra Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, com o tema: *Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo: prevalência, incidência e fatores de risco associados*.

Declaro, ainda, que o projeto da aluna faz parte dos objetivos do projeto original.

São Paulo, 10 de junho de 2009



Prof. Dra. Maria Lúcia Lebrão

Coordenadora



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Fis.
Proc.
Rub.

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "**Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo: prevalência, incidência e fatores associados**" aprovado pelo CEP em 14/3/2006, teve seu título alterado para "**ESTUDO SABE: Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo**", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Doutorado.

Botucatu, 27/05/2011

Nome/Assinatura do(a) aluno(a): *Euzenir*

Nome/Assinatura do(a) orientador (a): *Barbosa*

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

*ciente e
de acordo.
[assinatura]*

OBS.: Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP