

Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil

Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil

Fernando Kratz Gazalle^a, Maurício Silva de Lima^b, Beatriz Frank Tavares^b e Pedro Curi Hallal^b

^aPrograma de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. ^bPrograma de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Depressão, epidemiologia. Idoso. Saúde mental. Saúde do idoso. Estudos transversais.

Resumo

Objetivos

Determinar a frequência de alguns sintomas depressivos em idosos, construir um escore de sintomas depressivos, e avaliar a associação entre a média de sintomas depressivos e variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

Métodos

Delineamento transversal de base populacional incluindo indivíduos com 60 anos ou mais residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios, tendo por base os setores censitários do município. Utilizou-se um instrumento com oito sintomas comumente incluídos em questionários e escalas de depressão e específicos de erosão afetiva (forma esta mais comum de manifestação depressiva entre idosos). A análise foi feita por regressão linear múltipla e se baseou em um modelo conceitual de determinação do desfecho.

Resultados

Foram entrevistados 583 sujeitos, sendo que o percentual de perdas e recusas foi de 4,7%. A média dos sintomas depressivos por participante foi de 3,4 (dp=2,1). A ausência de disposição para realizar as atividades habituais foi o sintoma mais frequente (73,9%). Na análise ajustada, os seguintes grupos apresentaram médias estatisticamente maiores ($p < 0,05$) de sintomas depressivos: mulheres, indivíduos mais velhos, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa importante no último ano.

Conclusões

Tanto os sintomas depressivos isoladamente quanto a média desses sintomas encontrados na amostra de idosos foram altos, ressaltando a importância da avaliação da sintomatologia específica dos idosos, que parece diferente daquela verificada nos adultos jovens.

Keywords

Depression, epidemiology. Aged. Mental health. Aging health. Cross-sectional studies.

Abstract

Objective

To determine the frequency of some depressive symptoms in the elderly, to build up a score of depressive symptoms and to evaluate the association between depressive symptoms and demographic, socioeconomic and behavioral variables.

Methods

A population-based cross-sectional study was conducted in individuals aged 60 and

Correspondência para/ Correspondence to:

Fernando K Gazalle
Av. Francisco Trein 507, 510 C
91350-200 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: fgazalle@terra.com.br

Baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, 2002.

Recebido em 17/1/2003 Reapresentado em 3/9/2003. Aprovado em 17/10/2003.

more living in the urban city area of Pelotas, Brazil. The sample was selected in multiple stages based on the city's census tracts. It was used a questionnaire comprising eight question commonly included in depression evaluation instruments and specific to the elderly. Analyses were carried out using multiple linear regressions following a hierarchical approach.

Results

A total of 583 subjects were interviewed and non-response rate was 4.7%. Each participant had on the average score of depressive symptoms was 3.4 (SD 2.1) Lack of willingness to carry out daily activities was the most frequent symptom (73.9%) reported. In the adjusted analysis according to the conceptual framework, the following groups had statistically higher averages ($p < 0,05$) of depressive symptoms: older women, individuals with less schooling, unemployed, smokers, and those whose family member or significant other died in the past year.

Conclusions

It was found both high rates of isolated symptoms and high average of depressive symptoms in the study sample, highlighting the importance of studying specific symptoms of the elderly, which are different from those found in young adults.

INTRODUÇÃO

A população idosa está aumentando no mundo todo, inclusive nos países em desenvolvimento. Isso faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, seja atualmente um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral.⁷ Dentre os diversos transtornos que afetam idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e conseqüências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Apesar de sua relevância, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, especialmente em estudos epidemiológicos. Isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente em grau e, algumas vezes, em espécie.

Sabe-se que particularmente na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia. Essa diferença na apresentação dos quadros de depressão dos idosos em relação aos adultos jovens fez com que Mann¹¹ formulasse uma hipótese a respeito da menor prevalência de transtornos depressivos em idosos, encontrada em estudos na literatura.^{4,10,14} Para o autor, ela seria decorrente do uso de instrumentos não adequados para medir depressão em pessoas mais velhas, os quais não contemplariam as manifestações clínicas mais típicas dessa faixa etária.

Os objetivos do presente estudo foram, em uma amostra idosa de base populacional, avaliar a frequência de alguns sintomas depressivos; elaborar escores de sintomas depressivos; e identificar fatores associados à ocorrência de sintomas depressivos.

MÉTODOS

O estudo foi realizado por meio de um consórcio de pesquisa entre os mestrandos de uma universidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. Esse consórcio consistiu da elaboração de um instrumento contendo perguntas de interesse geral e específicas de cada pesquisador. Também envolveu o planejamento do trabalho de campo com divisão de tarefas entre os participantes, tais como: seleção de auxiliares de pesquisa, de entrevistadoras, de digitadores e arquivista, treinamento de pessoal, divulgação da pesquisa na mídia local e supervisão do trabalho de campo entre outros. Esse tipo de metodologia de pesquisa minimiza os custos e otimiza o tempo necessário a uma pesquisa desse porte.

O delineamento foi transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, de 25 de fevereiro a 10 de maio de 2002. Pelotas é uma cidade considerada de porte médio (aproximadamente 320.000 habitantes), localizada no Sul do Brasil. A população alvo foi de idosos com idade igual ou superior a 60 anos.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. No primeiro estágio, todos os 281 setores censitários da zona urbana do município foram listados e estratificados em quatro grupos, de acordo com a escolaridade média dos chefes de família do setor. Posteriormente, foi realizado um sorteio siste-

mático de setores proporcional ao tamanho do estrato. Após o reconhecimento dos setores sorteados, todos os domicílios de cada setor foram listados, sendo realizado um sorteio sistemático para a definição dos domicílios a serem visitados. Nos domicílios sorteados, foram elegíveis para participar do estudo todas as pessoas com 60 anos ou mais.

As variáveis dependentes foram a ocorrência no último mês, na maior parte do tempo ou dias, dos seguintes sintomas depressivos: tristeza, ansiedade, perda de energia, dificuldade para dormir, falta de disposição, ruminções sobre o passado, preferir ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas, achar que as pessoas da família dão menos importância às opiniões do idoso do que quando ele era jovem. Foi considerado como desfecho primário a média desses sintomas nos indivíduos.

As variáveis independentes foram sexo, idade em anos completos, cor da pele (branco ou não branco, segundo observação do entrevistador), situação conjugal (com companheiro(a) ou sem), escolaridade em anos de estudo, nível social segundo a classificação Anep,¹ trabalho remunerado (ter trabalho remunerado ou não), tabagismo (fumante atual ou não), participação em alguma atividade comunitária (associação assistencial/de caridade, associação religiosa, associação esportiva, associação sindical/política e/ou grupo de terceira idade), morte no último ano de familiar ou pessoa importante segundo avaliação do(a) entrevistado(a) e baixa atividade física medida pelo questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) versão curta.⁵

Foi aplicado um questionário com oito perguntas de resposta simples (sim/não) sobre sintomas depressivos, além de questões demográficas, socioeconômicas e fatores possivelmente associados aos sintomas depressivos. Foram realizados dois estudos piloto para refinamento, teste de compreensão das questões, do questionário final e do manual de instruções, para completar o treinamento dos entrevistadores.

Como o desfecho foi tratado de forma contínua, foi realizado um cálculo de tamanho de amostra para detectar diferenças de médias. Para um erro alfa de 5%, poder de 80%, diferença de médias de 0,75 (grupo de idosos de 75 anos ou mais e grupo de 60 a 64 anos), desvio padrão de 2,17 e 2,08, respectivamente, seriam necessários 246 idosos.

As entrevistadoras foram mulheres, com ensino médio completo, treinadas por 40h e que desconheciam os objetivos do estudo. Os indivíduos que não aceitaram responder ao questionário, ou que não es-

tavam no domicílio na primeira tentativa, foram visitados, no mínimo, mais duas vezes em horários diferentes. Quando foi possível e necessário, as entrevistas foram agendadas. Quando não houve contato após três tentativas do entrevistador, o coordenador da pesquisa realizou outra tentativa. Para o controle de qualidade do trabalho, 10% das entrevistas foram repetidas pela equipe de supervisores.

O questionário foi pré-codificado e a entrada dos dados, realizada no programa Epi Info 6.0, com checagem automática de consistência e amplitude. A digitação foi realizada duas vezes para minimizar possíveis erros. A limpeza e a tabulação dos dados foram realizadas posteriormente, possibilitando a criação do banco de dados final. A análise foi realizada com o pacote estatístico Stata 7.0.

Primeiramente, os sintomas depressivos foram analisados separadamente. Foram calculadas as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% de cada um dos sintomas. Após, considerando o desfecho (sintomas depressivos) como um escore numérico, foram realizados os cruzamentos simples entre cada variável independente e o desfecho pelas regressões lineares simples, levando em consideração o efeito de delineamento observado (1,3) e a análise multivariável, pela regressão linear múltipla. Foi realizada também uma análise de componentes principais, a qual não mostrou vantagens sobre o escore simples da regressão linear múltipla, pois os pesos dos fatores que compõem o desfecho são muito parecidos. Foi preferido, então, usar a regressão linear múltipla, tomando por base a escala mais simples (cada fator do desfecho tem peso um), estabelecendo um gradiente de depressão.

Toda a análise multivariável baseou-se no modelo hierárquico de análise¹⁵ (Figura). De acordo com esse modelo, idade, sexo e cor da pele estão no primeiro nível de determinação do desfecho. Esses fatores interagem entre si e determinam as variáveis do segundo nível: escolaridade, nível social e situação conjugal atual. Essas, por sua vez, atuam nas variáveis mais proximais do modelo, que são: trabalho remunerado, tabagismo, participação em atividades comunitárias, morte de familiar ou pessoa muito importante no último ano e baixa atividade física. O efeito de cada variável independente sobre o desfecho foi controlado para as variáveis do mesmo nível ou de níveis acima no modelo hierárquico.¹⁵

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e o sigilo dos dados individuais foi mantido.

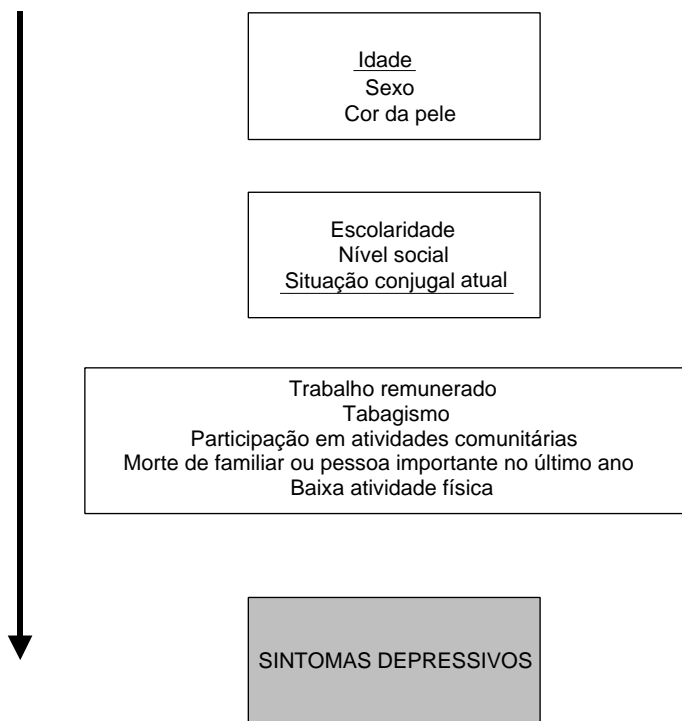


Figura - Modelo conceitual de determinação do desfecho utilizado na análise multivariável. Pelotas, RS, 2002.

RESULTADOS

Nos domicílios sorteados, foram encontradas 612 pessoas com 60 anos ou mais elegíveis para o estudo, das quais 583 responderam o questionário (perdas e recusas: 4,7%). Levando em consideração os sintomas depressivos estudados como um escore numérico, a média de sintomas por participante foi de 3,4 (dp 2,1).

A Tabela 1 mostra a frequência dos sintomas depressivos isoladamente na amostra. Observou-se uma alta prevalência de todos os sintomas estudados, sendo o mais freqüente a ausência de disposição para realizar as atividades habituais na maior parte do tempo no último mês (73,9%). O sintoma de menor frequência foi os idosos acharem que as pessoas da família dão menos importância às suas opiniões do que quando eles eram jovens (27,6%).

A Tabela 2 descreve a amostra em relação às variáveis independentes. Apresenta tanto os resultados dos cruzamentos simples entre cada preditor e o desfecho quanto à análise multivariável realizada por regressão linear múltipla. As prevalências de baixa atividade física e tabagismo foram, respectivamente, de 53,5 e 14,0%.

Nos cruzamentos simples entre cada variável independente e o desfecho, observou-se maiores médias de sintomas depressivos nos seguintes grupos: mu-

heres, maior idade, indivíduos de cor branca, sem companheiro(a) atual, menor escolaridade, menor nível social, sem trabalho remunerado, sem participação em atividades comunitárias, com perda por morte de algum familiar ou pessoa importante no último ano e com baixa atividade física. Na presente análise, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos indivíduos que fumavam atualmente e os que não fumavam.

Na análise multivariável (regressão linear múltipla) mantiveram-se associadas com o desfecho apenas as variáveis: sexo feminino ($p < 0,001$), idade avançada ($p = 0,004$), baixa escolaridade ($p = 0,007$), ausência de trabalho remunerado ($p = 0,05$) e morte de familiar ou pessoa muito importante no último ano ($p = 0,05$). O fumo atual, que na análise bivariada não se mostrou associado com o desfecho ($p = 0,06$), apresentou associação na análise multivariável ($p = 0,01$), caracterizando um efeito de confusão negativa, pois a medida de associação na análise bivariada estava desviada em direção à unidade.

Foi realizado um diagnóstico do modelo de regressão linear múltipla pelo gráfico de resíduos, identificação de pontos aberrantes e influentes e avaliada a existência de colinearidade entre as variáveis independentes. Todas as análises acima preencheram os critérios para utilização de modelo de regressão linear múltipla, ou seja, os resíduos apresentavam distribuição normal e variâncias homogêneas. Poucos pontos aberrantes e influentes foram detectados e não houve indicativo de colinearidade.

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas depressivos na presente amostra de idosos residentes no Sul do Brasil foi muito alta. Em consequência, o escore médio de sintomas por indivíduos também foi elevado. A análise multivariável indicou escores de sintomas depressivos estatisticamente maiores nas mulheres, nos idosos com

Tabela 1 – Frequência dos sintomas depressivos em idosos da amostra. Pelotas, RS, 2002. (N=583)

Variável	Frequência	Percentual
Tristeza	251	43,2%
Ansiedade	280	48,2%
Falta de energia	244	42,2%
Dificuldade para dormir	229	39,4%
Falta de disposição	428	73,9%
Pensar muito no passado	307	53,0%
Preferir ficar em casa	350	60,4%
Menos importância às opiniões	158	27,6%

idades mais avançadas, naqueles com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado, fumantes atuais e que tiveram morte de familiar ou pessoa muito importante no último ano.

O instrumento utilizado para a mensuração da variável dependente foi um questionário idealizado pelos autores, composto por oito sintomas depressivos comumente presentes em questionários e escalas de depressão e referentes à erosão afetiva, a manifestação mais comum de depressão entre os indivíduos idosos.¹¹

A utilização de questionários ou escalas previamente validadas foi preterida pelas seguintes razões: a)

número de perguntas: procurou-se elaborar um instrumento capaz de rastrear depressão em uma população idosa com o mínimo de perguntas possíveis, facilitando sua inclusão em pesquisas similares; b) uso em atenção primária: um escore simples e rápido como o proposto poderia ser facilmente aplicado na prática médica em geral; c) enfoque específico no idoso: a maioria dos instrumentos existentes avalia sintomas mais característicos de quadros depressivos em adultos.

No entanto, sabe-se que a estratégia utilizada também acarreta algumas limitações: a) falta de comparabilidade; b) carência de validação: o instrumento utilizado não foi validado e, portanto, existem dúvi-

Tabela 2 – Análise bivariada e multivariável do escore de sintomas depressivos de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Pelotas, RS, Brasil, 2002.

Variável	N	Escore médio (Erro-padrão)	Análise bivariada Coeficiente (IC 95%)	p	Análise multivariável Coeficiente (IC 95%)	p
Sexo				<0,001 ^l		<0,001 ^l
Masculino	223	2,85 (0,14)	0		0	
Feminino	360	3,74 (0,15)	0,89 (0,53 a 1,25)		0,85 (0,50 a 1,21) ^a	
Idade (grupos)				0,002 ^m		0,004 ^m
60 a 64 anos	163	3,03 (0,18)	0		0	
65 a 74 anos	289	3,44 (0,14)	0,41 (-0,01 a 0,82)		0,36 (-0,03 a 0,76) ^b	
75 anos ou +	131	3,79 (0,19)	0,76 (0,30 a 1,22)		0,67 (0,22 a 1,12) ^b	
Cor da pele				0,01 ^l		0,3 ^l
Branca	507	3,46 (0,12)	0,45 (-0,08 a 0,98)		0,30 (-0,24 a 0,83) ^c	
Negra/ Parda	76	3,01 (0,25)	0		0	
Situação conjugal atual				0,002 ^l		0,5 ^l
Com companheiro	302	3,10 (0,14)	0		0	
Sem companheiro	281	3,73 (0,16)	0,63 (0,24 a 1,01)		0,15 (-0,25 a 0,55) ^d	
Escolaridade (anos de estudo)				<0,001 ^m		0,007 ^m
0	133	4,09 (0,20)	1,31 (0,74 a 1,88)		0,75 (0,14 a 1,37) ^e	
1 a 4	209	3,45 (0,17)	0,67 (0,12 a 1,23)		0,31 (-0,29 a 0,91) ^e	
5 a 8	158	3,12 (0,18)	0,35 (-0,22 a 0,93)		0,09 (-0,47 a 0,65) ^e	
9 ou +	81	2,77 (0,21)	0		0	
Nível social (ANEP)				<0,001 ^m		0,09 ^m
A e B	99	2,80 (0,21)	0		0	
C	214	3,33 (0,14)	0,53 (0,06 a 1,00)		0,43 (-0,07 a 0,93) ^f	
D e E	267	3,70 (0,16)	0,90 (0,39 a 1,40)		0,57 (-0,01 a 1,14) ^f	
Trabalho remunerado				<0,001 ^l		0,05 ^l
Sim	108	2,76 (0,17)	0		0	
Não	474	3,55 (0,13)	0,79 (0,37 a 1,21)		0,43 (-0,01 a 0,86) ^g	
Tabagismo atual				0,06 ^l		0,01 ^l
Sim	82	3,87 (0,27)	0,54 (-0,01 a 1,09)		0,68 (0,14 a 1,21) ^h	
Não	501	3,33 (0,12)	0		0	
Atividades comunitárias				0,01 ^l		0,2 ^l
Sim	183	3,08 (0,16)	0		0	
Não	399	3,56 (0,13)	0,47 (0,11 a 0,84)		0,23 (-0,16 a 0,61) ⁱ	
Morte importante no último ano				0,05 ^l		0,05 ^l
Sim	237	3,64 (0,15)	0,40 (0,01 a 0,79)		0,39 (0,00 a 0,78) ^j	
Não	345	3,25 (0,15)	0		0	
Baixa atividade física				0,01 ^l		0,2 ^l
Sim	297	3,60 (0,14)	0,41 (0,09 a 0,74)		0,21 (-0,09 a 0,52) ^k	
Não	258	3,19 (0,14)	0		0	

a: controlado por idade

b: controlada por sexo

c: controlada por idade e sexo

d: controlada por sexo, idade, escolaridade e nível social

e: controlada por idade, sexo e nível social

f: controlada por idade, sexo e escolaridade

g: controlado por idade, sexo, nível social, escolaridade, tabagismo, morte de pessoa importante no último ano e baixa atividade física

h: controlado por idade, sexo, nível social, escolaridade, trabalho remunerado, morte de pessoa importante no último ano e baixa atividade física

i: controlado por idade, sexo, nível social, escolaridade, tabagismo, trabalho remunerado, morte de pessoa importante no último ano e baixa atividade física

j: controlado por idade, sexo, nível social, escolaridade, tabagismo, trabalho remunerado e baixa atividade física

k: controlado por idade, sexo, nível social, escolaridade, tabagismo, trabalho remunerado e morte de pessoa importante no último ano

l: teste de Wald para heterogeneidade

m: teste de Wald para tendência linear

das quanto a sua habilidade em detectar quadros depressivos; c) diagnóstico de depressão: assim como outros instrumentos utilizados em estudos populacionais, existem dúvidas sobre a habilidade do questionário em diferenciar entre sintomas depressivos ou situações de vida estressante, desmoralização.

O delineamento transversal, utilizado no presente estudo, apresenta vantagens, como a rapidez e os baixos custos, mas requer algumas precauções na interpretação das associações, em função das dificuldades em estabelecer a relação temporal entre o desfecho e exposições que podem ser afetadas por este, como tabagismo e atividade física. Para minimizar esse problema, evitou-se inferir relações causais entre essas variáveis e o desfecho.

Deve-se destacar o baixo percentual de perdas e recusas (4,7%), principalmente levando-se em conta que a população estudada (idosos) geralmente está mais propensa a recusar pesquisas em geral, muitas vezes por morarem sozinhos, não quererem receber estranhos, ou até mesmo pelo alto índice de problemas decorrentes da idade que os impedem de responder a questionários.

Em relação aos fatores associados com maior frequência de sintomas depressivos, os achados do presente estudo são consistentes com a literatura para as variáveis sexo, escolaridade, trabalho remunerado e morte de familiar ou pessoa importante no último ano. A associação de sintomas depressivos com idade e tabagismo varia nos diferentes estudos. A ausência de associação do desfecho na análise multivariável com situação conjugal discorda de um estudo recente.⁹ Em relação à baixa atividade física, acredita-se que não houve relação com sintomas depressivos em função da causalidade reversa, inerente ao delineamento utilizado.

A maior média de sintomas depressivos no sexo feminino reflete um dado bastante conhecido na epidemiologia da depressão.^{2,4,10,13,14} Esse achado é especialmente relevante neste estudo de base populacional, porque refuta a idéia de que a depressão é mais diagnosticada em mulheres porque elas procuram mais os serviços de saúde, uma vez que o presente estudo foi realizado em domicílios da comunidade. Em relação a esse tópico, Piccinelli & Wilkinson¹³ listam possíveis explicações para essa diferença: questões socioculturais relacionadas com experiências adversas e atributos psicológicos associados com maior vulnerabilidade a eventos estressantes.

Observou-se que quanto maior a idade do idoso, maior a média de sintomas depressivos. Essa associação positiva entre depressão e idade parece diferir de

estudos com os critérios mundiais de “depressão”, que mostram que os idosos têm uma prevalência de depressão mais baixa que adultos com menos idade.^{4,10,14} Como discutido anteriormente, essas pesquisas usaram instrumentos elaborados para diagnóstico de depressão em adultos jovens, subestimando, portanto, a frequência de depressão nos idosos.

Assim como para outras doenças de caráter crônico, a maior escolaridade mostrou-se um fator protetor importante para a ocorrência de sintomas depressivos. Deve-se destacar ainda a grande proporção de idosos sem escolaridade (22,9%), comparativamente com os outros grupos etários envolvidos no estudo, onde essa proporção foi de 3,5%.

Verificou-se uma maior frequência de sintomas depressivos entre os idosos que não possuem trabalho remunerado. Devido à desvalorização que o idoso sofre na sociedade, principalmente nos países em desenvolvimento, este achado pode indicar que aqueles que se mantêm no mercado de trabalho continuam se sentindo úteis à comunidade. Não se pode desconsiderar, entretanto, a possibilidade de causalidade reversa nessa associação, pois tanto a ausência de trabalho quanto o inverso podem levar à depressão.

O tabagismo mostrou-se associado à maior média de sintomas depressivos no modelo de regressão linear múltipla, resultado consistente ao observado em outro estudo.⁹ Lagrue et al⁶ afirmam que a associação entre a dependência ao tabaco e diversas formas de transtornos de ansiedade e depressivos é bem estabelecida. Contudo, sabe-se que o papel do tabagismo na ocorrência de depressão é controverso. A maior média de sintomas depressivos entre fumantes atuais no presente trabalho pode servir como um impulso para futuros estudos epidemiológicos e neurobiológicos focados exclusivamente na relação tabaco “versus” depressão.

A associação entre morte de familiar ou pessoa muito importante com o desfecho revela o papel de variáveis que representam eventos de vida na ocorrência de quadros depressivos. Diversos estudos mostram associações de transtornos psiquiátricos, especialmente afetivos, com eventos de vida e estresse ambiental.^{3,8,12}

Um aumento da população idosa vem sendo observado em todo o mundo. No entanto, existem substanciais diferenças de acordo com o nível de desenvolvimento dos países. Enquanto nos países desenvolvidos, esse aumento da população idosa vem ocorrendo de forma gradual seguido por modificações na estrutura da sociedade a fim de melhor atender os

idosos, nos países em desenvolvimento a população idosa vem aumentando em um cenário de pobreza e despreparo. Os profissionais de saúde devem ser capacitados a reconhecer as formas mais comuns de apresentação das síndromes depressivas em idosos, dando mais subsídios às investigações médicas rotineiras e permitindo intervenções precoces e eficazes.

Sugerem-se novos estudos com idosos sobre sinto-

mas depressivos em amostras de base populacional. A comparação da prevalência dos sintomas isoladamente com outras populações seria de grande utilidade em termos de saúde pública. Além disso, a validação do instrumento empregado no presente estudo seria um importante esforço para se dispor de um questionário simples, possível de ser utilizado tanto em ambiente de pesquisa de campo quanto na prática em atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo; 2002.
2. Bebbington PE, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, Meltzer H. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychol Med* 1998;28:9-19.
3. Cooke DJ. The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder. In: Cooper B. Psychiatric epidemiology. London: Crom. Helm Ltd; 1987.
4. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA et al. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *Brit J Psychiat* 1999;174:312-21.
5. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-95.
6. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence. *Encephale* 2002;28:374-7.
7. Laks J. O que há de tão especial em ter 65 anos? *J Bras Psiquiatr* 1995;44:341-3.
8. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:225-35.
9. Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5,993 adults. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:178-84.
10. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/age concern survey prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in urban elderly community. *Brit J Psychiatr* 1989;155:317-9.
11. Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas* 2001;28:38:53-8; discussion 58-9.
12. Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol Med* 1978;8:245-53.
13. Piccinelli M, Wilkinson F. Gender differences in depression: critical review. *Brit J Psychiatr* 2000;177:486-92.
14. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:35-47.
15. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-7.