



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000600020>

DOI: 10.1590/S0034-89102010000600020

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2010 by USP/Faculdade de Saúde Pública. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

Samila Sathler Tavares Batistoni^I

Anita Liberalesso Neri^{II}

Ana Paula Fabrino Bretas
Cupertino^{III}

Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade

Prospective measures of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals

RESUMO

OBJETIVO: Identificar fatores sociodemográficos associados a padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade.

MÉTODOS: Estudo prospectivo em que foram entrevistados 310 idosos residentes na comunidade, em Juiz de Fora, MG, entre 2002 e 2004. O seguimento (T2) foi realizado 15,7 meses após a primeira entrevista (T1). Os sintomas de depressão foram avaliados pela escala do Center for Epidemiological Studies – Depression. Os idosos foram classificados segundo a evolução dos sintomas de depressão e comparados quanto às variáveis sociodemográficas com o teste de qui-quadrado e Exato de Fisher.

RESULTADOS: Não houve diferenças na prevalência de sintomas depressivos entre T1 e T2 (33,8%). Foram identificados quatro grupos segundo a evolução dos sintomas da primeira para a segunda medida: livres de depressão (50,9%); recorrência (19,7%); incidência (15,2%); remissão (14,2%). Ter pontuado para depressão em T1, ser do sexo feminino e possuir baixa escolaridade representaram riscos para a manifestação de sintomas depressivos em T2.

CONCLUSÕES: Piores trajetórias de evolução em sintomatologia depressiva (incidência e recorrência) associaram-se ao gênero feminino.

DESCRITORES: Idoso. Depressão. Fatores Socioeconômicos. Gênero e Saúde. Estudos Prospectivos.

^I Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{III} University of Kansas Medical Center. Kansas City, KS, EUA

Correspondência | Correspondence:

Samila Sathler Tavares Batistoni
Av. Arlindo Béttio, 1000
Ermelino Matarazzo
03828-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: samilabatistoni@usp.br

Recebido: 28/7/2009
Aprovado: 19/8/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify sociodemographic factors associated with patterns of incidence, remission and stability of depressive symptoms in community-dwelling elderly individuals.

METHODS: prospective study was conducted, where 310 community-dwelling elderly individuals of the city of Juiz de Fora, Southeastern Brazil, were interviewed between 2002 and 2004. Follow-up (T2) was performed 15.7 months after the first interview (T1). Depressive symptoms were evaluated with the Center for Epidemiological Studies Depression Scale. Elderly individuals were classified according to the progression of depressive symptoms and compared in terms of sociodemographic variables with Pearson's chi-square test and Fisher's exact test.

RESULTS: There were no differences in the prevalence of depressive symptoms between T1 and T2 (33.8%). A total of four groups were identified, according to the progression of symptoms from the first to the second measure: without depressive symptoms (50.9%); recurrence (19.7%); incidence (15.2%); and remission (14.2%). Scoring for depression in T1, being female and having a low level of education represented risks of manifesting depressive symptoms in T2.

CONCLUSIONS: The worst progressions of depressive symptoms (incidence and recurrence) were associated with the female gender.

DESCRIPTORS: Aged. Depression. Socioeconomic Factors. Gender and Health. Prospective Studies.

INTRODUÇÃO

O aumento da vulnerabilidade à depressão e a diminuição da resiliência física na velhice guardam relação próxima com doenças, incapacidade física, isolamento social, eventos estressantes e diminuição no senso de bem-estar.^{6,12} A literatura aponta que a ocorrência e o agravamento dessas condições são afetados pelas condições de vida atual e passada, que por sua vez são influenciadas por variáveis antecedentes, como renda, escolaridade e gênero.¹¹ Gênero e idade indicam influências educacionais e outras oportunidades sociais, assim como o grau de risco para doenças, pobreza e chance de vivenciar eventos de vida adversos e incontroláveis na velhice.¹

As relações entre o aumento da idade e a presença de sintomas depressivos ainda não estão firmemente estabelecidas, principalmente pela interferência de diferenças conceituais ou metodológicas dos estudos. Entretanto, conhecer como fenômenos – como a presença de sintomas depressivos – diferenciam-se às idades é fundamental para as disciplinas do envelhecimento, pois indicam o que é típico e compartilhado em cada fase.² A idade é uma variável importante na pesquisa sobre o envelhecimento, não por ser causal, mas um indicador para um conjunto de outras influências relacionadas a alterações comportamentais.

A literatura epidemiológica e gerontológica internacional tem apontado a existência de três classes de dados

sobre a relação entre envelhecimento e sintomatologia depressiva.^{6,14} A primeira, resultante da aplicação de escalas de rastreio de sintomas na população idosa, encontra correlação negativa linear, i.e., diminuição dos sintomas com a idade, ou correlações curvilíneas positivas, que sugerem elevação em sintomas nos grupos mais jovens e mais velhos em comparação aos grupos etários intermediários. A segunda classe de dados baseia-se na aplicação de critérios diagnósticos clínicos para depressão maior e mostra correlação linear positiva ou correlações curvilíneas negativas. Isso indica que a depressão aumenta com a idade ou que é menos evidente em grupos etários mais jovens e mais velhos quando comparados aos grupos etários intermediários, respectivamente. A terceira classe de dados, resultantes de estudos em que são controlados os fatores de risco relacionados à idade, como saúde física, recursos materiais e fatores sociais, sugere que o aumento da idade em si não é um fator de risco para depressão.

No intuito de elucidar as relações entre o aumento da idade e a presença de sintomas depressivos, estudos buscam identificar quais fatores, entre eles os socio-demográficos, relacionam-se com a incidência de sintomatologia depressiva significativa pela primeira vez na velhice e são responsáveis por sua persistência ou remissão no tempo.^{5,8,10,12,16,17} Busca-se esclarecer se a presença de sintomas depressivos na velhice pode ser

caracterizada como um fenômeno de natureza episódica ou permanente, se é um traço ligado à experiência de afetos negativos a longo prazo, à personalidade, ou um estado ou uma resposta a eventos estressantes.¹¹ Compreender os fatores associados à incidência de depressão pela primeira vez na velhice pode auxiliar na prevenção e no entendimento da depressão que se manifesta nesse período da vida. Por outro lado, reconhecer fatores associados à persistência e à remissão dos sintomas no tempo permitiriam identificar precocemente sujeitos que necessitam de estratégias de intervenção específicas.

São escassos os estudos de natureza prospectiva ou longitudinal sobre o tema da depressão na velhice no Brasil. O presente estudo teve por objetivo identificar fatores sociodemográficos associados a padrões de incidência, remissão e estabilidade de sintomas depressivos em idosos residentes na comunidade.

MÉTODOS

Os dados da pesquisa foram obtidos na primeira e segunda medidas do Projeto Estudo do Envelhecimento Saudável (Pensa), desenvolvido em Juiz de Fora, MG, entre os anos de 2002 e 2004. A amostra do estudo foi selecionada por busca sistemática nos 14 bairros do município com o maior percentual de idosos. Todos os domicílios desses bairros foram visitados (N = 7.089), e os 1.686 residentes idosos identificados foram convidados a participar da pesquisa. Desses, 956 (56%) aceitaram participar da pesquisa, 614 (36%) recusaram-se e 116 não participaram da pesquisa porque estavam física ou cognitivamente incapacitados. A amostra total da primeira medida do Pensa foi composta por 71,2% de mulheres. A idade variou entre 60 e 103 anos (média 72,4; DP = 8,3). Metade dos idosos era casada (N = 478), 38 idosos solteiros e o restante viúvos, separados ou divorciados (N = 440). Três por cento da amostra era analfabeta, 45% alfabetizados ou tinham o curso primário, 17% cursaram até o ensino fundamental, 24% até o ensino médio e 11% da amostra possuía o ensino superior incompleto ou completo. Os dados da primeira onda de medidas foram coletados entre 2002 e 2003. Cerca de um terço da amostra inicial foi re-entrevistada em 2003–2004. Após tempo médio de 15,7 meses (DP = 4,57) da primeira entrevista foi realizada medida prospectiva de auto-relato de saúde, capacidade funcional, sintomas depressivos e cognição com 347 idosos, randomicamente escolhidos no banco de dados do Pensa.

Para o presente estudo foram utilizados os dados de 310 idosos que participaram das duas medidas do Pensa e que possuísem dados completos sobre sintomatologia depressiva. Dentre os 310 idosos, 73,5% deles eram do sexo feminino, a idade média foi de 71,9 anos (DP = 8,45), 45,8% tinham de 60 a 69 anos, 34,8%, de 70 a

79 anos e 19,3%, mais de 80 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição entre sexo e idade (qui-quadrado = 2,01; GL = 2; p = 0,366). No que se refere à escolaridade, cerca de 3% eram analfabetos, 45% eram alfabetizados ou possuíam apenas o primeiro ciclo do ensino fundamental completo, 17,5% possuíam o ensino fundamental completo, 24% alcançaram o segundo ciclo do ensino fundamental e 11% tinham curso superior, completo ou incompleto.

Foram analisadas as seguintes variáveis, coletadas do questionário de dados sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade e estado civil.

A frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista foi avaliada pela escala do Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D),¹⁵ validada para idosos brasileiros.^{4,18} A escala contém 20 itens escalares sobre o humor, sintomas somáticos, interações sociais e funcionamento psicomotor. As respostas são em escala Likert (0 – nunca ou raramente; 1 – às vezes; 2 – freqüentemente; 3 – sempre). Em estudo de validação com idosos brasileiros,¹⁵ identificou-se o ponto de corte válido (≥ 12 pontos) para rastrear sintomatologia depressiva significativa. Esse mesmo trabalho encontrou alto índice de consistência interna ($\alpha = 0,86$) e solução fatorial de três fatores que explicaram 47,5% da variabilidade total dos dados (1 – afetos negativos; 2 – dificuldade de iniciar comportamentos; 3 – afetos positivos). O presente estudo utilizou as duas medidas desse item tomadas na medida de linha de base (T1) e da medida de seguimento (T2).

Foi realizada análise descritiva das variáveis de interesse nos dois momentos de medida, com cálculos de frequência e posição. Os dados categóricos foram tratados com os testes de McNemar e os escalares com o teste de Wilcoxon. Para a comparação da pontuação da depressão na primeira e segunda medidas do estudo, os idosos foram classificados segundo o critério de evolução: Grupo 1 (livres – os que continuaram sem depressão), Grupo 2 (incidentes – os que passaram a pontuar para depressão), Grupo 3 (os que mostraram remissão) e Grupo 4 (os que mostraram recorrência). Os grupos foram comparados quanto às variáveis sociodemográficas com o teste de qui-quadrado e Exato de Fisher.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (Protocolo CEP/HU 170-009/2002).

RESULTADOS

Não houve diferença significativa na prevalência de sintomas depressivos (34%) nas duas medidas do estudo, nem na pontuação média da amostra na escala CES-D (Tabela 1).

Tabela 1. Sintomas depressivos em idosos na primeira e segunda medidas do estudo. Juiz de Fora, MG, 2002–2004.

Variável	Primeira medida				Segunda medida				p
	n	%	Média	DP	n	%	Média	DP	
Ausência de depressão	205	66,13			202	65,16			0,753**
Presença de depressão	105	33,87			108	34,84			
Total	310	100	11,04	10,18	310	100	10,19	8,61	0,061*

* Teste de Wilcoxon

** Teste McNemar

Observou-se a formação de quatro grupos de evolução entre as medidas da CES-D. O primeiro não sofreu mudança de condição, permanecendo livre de depressão (50,9%). O segundo grupo apresentou recorrência em sintomatologia depressiva significativa (19,7%). O terceiro foi formado pelos novos casos (incidentes) em T2 (15,2%). O quarto grupo foi composto por idosos com melhora ou remissão dos sintomas depressivos (14,2%) (Figura 1).

Apenas sexo associou-se significativamente com os padrões de evolução em sintomatologia depressiva. A frequência de mulheres foi maior nos grupos de incidência e recorrência, e a de homens, nos grupos que continuaram livres da condição depressiva e entre os que mostraram remissão (Tabela 2). O teste de Kruskal-Wallis não apontou diferença significativa entre as médias de idade ($p = 0,194$) (Tabela 3).

Indivíduos com presença de sintomatologia depressiva em T1 tiveram risco quatro vezes maior de apresentar sintomatologia depressiva em T2. Idosos analfabetos ou com baixa escolaridade tiveram maior risco em relação àqueles com alta escolaridade, assim como ser do sexo

feminino (2,54 vezes em relação ao masculino). Faixas etárias específicas não mostraram risco estatisticamente significativo para depressão em T2 (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Não houve diferença na prevalência de sintomas depressivos entre as duas medidas. Contudo, a análise da evolução da depressão entre os que estavam livres da condição e os que foram rastreados para depressão na primeira medida mostrou diferenciações no tempo. Cerca de metade da amostra continuou livre da condição depressiva e 15% passaram a apresentar essa condição na segunda medida. Isso significa que $\frac{1}{4}$ dos idosos avaliados como não-deprimidos na primeira medida evoluiu para possível depressão no tempo aproximado de 16 meses. Por outro lado, dentre os que haviam pontuado para depressão na primeira medida, cerca de 42% desse grupo tiveram melhora ou remissão da condição depressiva na segunda medida e o restante teve recorrência.

Os resultados deste estudo reafirmam a caracterização da sintomatologia depressiva entre idosos como de natureza episódica e dinâmica, assim como a possibilidade de ser permanente, ligada a traços decorrentes da experiência de afetos negativos ou da personalidade.⁸ Os dados sobre recorrência do presente estudo podem ser indicativos tanto da validade interna da CES-D em sua versão brasileira para idosos como da possibilidade de que parte dos idosos sejam casos de transtorno depressivo clinicamente identificável.

Dentre as variáveis sociodemográficas do estudo, apenas sexo mostrou diferentes associações com os quatro grupos de evolução da CES-D. Melhor evolução (continuar livre de depressão ou mostrar remissão nos sintomas) foi mais frequente em indivíduos do sexo masculino e as piores evoluções (novos casos e recorrência), nos do feminino. O maior risco para depressão associado ao sexo feminino é considerado clássico na literatura sobre depressão,³ e pôde ser observado também na evolução dos sintomas entre idosas no período estudado.

A literatura sobre a depressão aponta que um episódio depressivo se constitua em risco para a ocorrência de

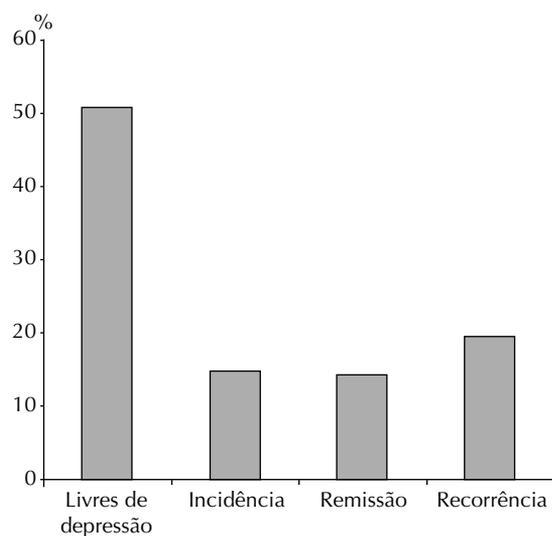


Figura. Padrões de evolução em termos de presença significativa de sintomas depressivos em idosos na segunda medida em comparação com a primeira. Juiz de Fora, MG, 2002–2004.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas segundo evolução da depressão em idosos. Juiz de Fora, MG, 2002–2004.

Variável	Livre		Incidência		Remissão		Recorrência		Total	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo										
Masculino	50	31,6	8	17,0	15	34,0	9	14,7	82	0,019
Feminino	108	68,4	39	82,9	29	65,9	52	85,2	228	
Total	158		47		44		61		310	
Idade (anos)										
< 70	73	46,2	14	29,7	23	52,2	32	52,4	142	0,168
70-79	58	36,7	18	38,3	13	29,5	19	31,1	108	
≥ 80	27	17,1	15	31,9	8	18,2	10	16,4	60	
Total	158		47		44		61		310	
Estado civil										
Casado	79	50	21	45,6	22	50	26	42,6	148	0,565*
Solteiro	12	7,6	5	10,8	5	11,4	3	4,9	25	
Separado	8	5,0	2	4,3	5	11,4	6	9,8	21	
Viúvo	59	37,3	18	39,1	12	27,3	26	42,6	115	
Total	158		46		44		61		309	
Escolaridade										
Analfabeto	5	3,2	1	2,2	1	2,3	2	3,3	9	0,159*
1º. ciclo Ensino Fundamental	61	38,6	28	60,9	17	38,6	32	52,5	138	
2º. ciclo Ensino Fundamental	25	15,8	6	13,0	9	20,4	14	23	54	
Ensino Médio	44	27,8	9	19,6	11	25	10	16,4	74	
Superior	23	14,5	2	4,3	6	13,6	3	4,9	34	
Total	158		46		44		61		309	

* Exato de Fisher.

outros episódios, principalmente entre indivíduos que não receberam nenhum tipo de intervenção em saúde mental.⁷ Embora a CES-D seja apenas um instrumento de rastreio de presença significativa de sintomas depressivos, sua aplicação é válida para detectar a possibilidade da ocorrência da mesma condição em momento posterior. Houve, portanto, risco significativo para que o idoso rastreado para depressão se encontrasse na mesma condição num período superior a um ano. Considerando-se que a presença de sintomas depressivos amplie os riscos de comorbidades físicas e mortalidade, a aplicação da CES-D nesse grupo pode ser indicador válido de saúde geral.

O estudo corrobora também os achados para sexo e escolaridade ao apresentar maiores riscos de recorrência entre as mulheres e indivíduos com menor escolaridade. Escolaridade tem sido apontada na literatura gerontológica como fator de resiliência ou proteção por ampliar os recursos de enfrentamento dos idosos diante de situações estressantes e depressão.^{7,9}

As diferentes evoluções em sintomatologia evidenciam padrões heterogêneos de envelhecimento psicológico e variabilidade em condições que predisõem ou

protegem da depressão. A variável idade não se associou significativamente com a evolução da depressão. Autores^{7,13} defendem o aumento dos sintomas somáticos da depressão no grupo mais velho e, em consequência, aumento do risco para pior evolução, o que não ocorreu nesta amostra.

O estudo dos sintomas depressivos apresenta informações relevantes sobre o processo de envelhecimento psicológico. Partindo de uma perspectiva multidimensional e evolutiva desses fenômenos no contexto do envelhecimento, essa variável auxilia a explicação de processos não-adaptativos ao longo da velhice e dos

Tabela 3. Idade segundo evolução da depressão em idosos. Juiz de Fora, MG, 2002–2004.

Depressão	Idade (anos)	
	n	Média (DP)
Livre	158	71,85 (8,18)
Incidência	47	74,34 (9,25)
Remissão	44	70,61 (7,97)
Recorrência	61	71,36 (8,64)

Tabela 4. Análise de regressão logística univariada para depressão em idosos na segunda medida. Juiz de Fora, MG, 2002–2004.

Variável	p	OR	IC95%
Sexo			
Masculino	-	1	-
Feminino	0,002	2,54	1,40;4,61
Idade (anos)			
60-69	0,757	0,92	0,54;1,56
70-79	-	1	-
80 ou mais	0,341	1,37	0,72;2,62
Escolaridade			
Superior/Médio	-	1	-
Fundamental Completo	0,048	2,06	1,01;4,21
Analfabeto/Fundamental Incompleto	<0,001	2,63	1,50;4,59
Depressão (T1)			
Não	-	1	-
Sim	<0,001	4,66	2,81;7,73

fenômenos de adaptação e desenvolvimento perante os desafios, resumidos no conceito de resiliência psicológica.² Visto que a maioria dos idosos não foi identificada como possivelmente deprimida, pode-se observar que, mesmo na velhice, é possível preservar o bem-estar subjetivo em face das mudanças do envelhecimento.

Entretanto, neste estudo podem ser apontadas limitações de caráter metodológico. Ressalta-se a utilização

de amostra não-probabilística da população de idosos residentes na cidade de Juiz de Fora. Embora a amostra do Pensa tenha sido suficientemente grande para permitir a realização de análises estatísticas mais refinadas e suas características identifiquem-se com as da população de Juiz de Fora, ela não foi casualizada. A idade média da amostra reentrevistada baixou 0,5 anos, uma diferença de quase dois anos entre a idade média prevista (após 1,3 anos da primeira coleta) e a observada na segunda coleta. É possível que tenha ocorrido viés de seleção pelo maior aceite dos indivíduos mais jovens em participar da nova coleta.

Apesar de o tempo entre as duas medidas ser relativamente curto para permitir observação de mudanças significativas relacionadas ao processo de envelhecimento, o estudo confirmou o caráter multidimensional e dinâmico da depressão, bem como sua co-variação com variáveis sociodemográficas.

Novos estudos e análises prospectivas com maior número de medidas poderão oferecer mais indicadores de validade para a CES-D. Replicar as medidas seria vantajoso porque permitiria observar mudanças em todas as variáveis de interesse e suas relações com depressão. Sugere-se que novos estudos prossigam com a validação ou construção de outros instrumentos de pesquisa para utilização com idosos brasileiros, principalmente entre os residentes na comunidade, como, por exemplo, inventários de saúde física. O controle da frequência de homens e mulheres na composição da amostra pode assegurar medidas mais fidedignas de diferenças entre os sexos.

REFERÊNCIAS

1. Aldwin CM. Elders life stress inventory: egocentric and nonegocentric stress. In: Stephens MAP, Hobfall SE, Tennenbaum DL, editors. *Stress and coping in late life families*. New York: Hemisphere; 1990. p.49-70.
2. Baltes PB, Baltes MM. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. *Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation*; p.1-34.
3. Barefoot J, Mortensen E, Helms MJ, Avlund K, Schroll M. A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychol Aging*. 2001;16(2):342-5. DOI:10.1037/0882-7974.16.2.342
4. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):598-605. DOI:10.1590/S0034-89102007000400014
5. Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E, et al. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(7):605-11. DOI:10.1001/archpsyc.59.7.605
6. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249-65.
7. Bolla-Wilson K, Bleecker ML. Absence of depression in elderly adults. *J Gerontology*. 1989;44(2):P53-5.
8. Davey A, Halverson Jr CF, Zonderman AB, Costa Jr PT. Change in depressive symptoms in the Baltimore longitudinal study of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59(6):P270-7.
9. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
10. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;38(3):239-50. DOI:10.1016/j.archger.2003.10.004
11. Hybels CF, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist*. 2001;41(3):357-65.
12. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry*. 1991;148(2):174-8.
13. Knäuper B, Wittchen HU. Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *J Psychiatr Res*. 1994;28(2):147-64. DOI:10.1016/0022-3956(94)90026-4
14. 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. DOI:10.1037/0882-7974.21.1.119
15. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depressive scale for research in the general population. *J Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385-401. DOI:10.1177/014662167700100306
16. Rothermund K, Brandtstädter J. Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psych Aging*. 2003;18(1):80-90. DOI:10.1037/0882-7974.18.1.80
17. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Hooijer C, Jonker C, van Tilburg W. The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Affect Disord*. 2003;76(1-3):5-14. DOI:10.1037/0882-7974.18.1.80
18. Silveira DX, Jorge MR. Escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. In: Gorestain C, Andrade LHSG, Zuarde AW, editors. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000. p.125-34.

O Projeto Pensa foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Profix – Processo nº 540956-01/5NV).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.