

 **PDF Complete**  
Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE**

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS  
EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE  
SANTO ESTÊVÃO Ó BAHIA**

Mônica Hupsel Frank

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2005

## Ficha Catalográfica

F828

Frank, Mônica Hupsel,  
Prevalência de Sintomas Depressivos em Idosos do  
Município de Santo Estêvão- Bahia/ Mônica Hupsel Frank.- Salvador,  
Mônica Hupsel Frank, 2005.  
ix, 118p.

Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde) Faculdade  
de Medicina. Universidade Federal da Bahia

1.Idoso 2. Sintomas depressivos. 3. Prevalência. 4.População  
rural



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE**

## **PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SANTO ESTÊVÃO Ó BAHIA**

Mônica Hupsel Frank

Professor-orientador: AILTON DE  
SOUZA MELO

Dissertação apresentada ao colegiado do curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Medicina, da área de concentração em Medicina interna.

Salvador (Bahia), 2005

**Membros Titulares:**

Dr. Antônio Reinaldo Rabelo: Doutor em Neurociência pela Universidade Federal da Bahia

Dr. Argemiro D'Oliveira Júnior : Professor Adjunto IV do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Dr. João Macedo Filho: Professor Adjunto, Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceara.

**Suplente:**

Dr. Ailton Melo: Livre Docente da Universidade Federal da Bahia



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Aninha e suas pedras

Não te deixes destruir...  
Ajuntando novas pedras  
e construindo novos poemas.  
Recria tua vida, sempre, sempre.  
Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.  
Faz de tua vida mesquinha  
um poema.  
E viverás no coração dos jovens  
e na memória das gerações que hão de vir.  
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.  
Toma a tua parte.  
Vem a estas páginas  
e não entres seu uso  
aos que têm sede.

Cora Coralina aos 91 anos



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A uma criança, que me obriga, adulta, a  
caminhar com olhar no envelhecer... Betina.

A quatro rapazes, como estímulo para aprenderem a respeitar  
o envelhecer... Daniel, Rodrigo, Marcos e André.

A quatro adultos para, com saúde, começarem a  
envelhecer... Maurício, Laura, Gustavo e Viviany.

A uma quase idosa que precisa se cuidar  
para bem envelhecer... Maria Angélica.

A um idoso que, por favor, não morra antes  
d'eu envelhecer... Herbert.



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Programa de Saúde do Idoso (PROSI)

Prefeitura Municipal de Santo Estêvão

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

A Nelza Marinho, Zulene Bastos, Alaíde Rocha, Noemia Marinho, Clarice Araújo, André Sacramento Júnior, Gilza de Araújo, Rosania Leal, Luzinete Leal, Gessileide Conceição, Marinalva dos Santos, Edna Santana, Maria das Graças Chagas, Núbia Santana, Jocineide Almeida, Maria do Carmo Conceição, Luciana Souza, Antônio Carlos Oliveira, Eliete Rios, Elisama Marinho, Elizângela Barbosa, Simone dos Santos, Hedinei Costa, Magna Silva, Maria do Carmo Barbosa, Maria das Neves de Jesus, Eliane do Nascimento, Elizete Rocha, Neuraci Santana, Sandra Souza, Juraciene Oliveira, Fabiana Sena, Suelma Nascimento, Edineide de Souza, Neuraci Santos, Ângelo de Jesus, Maria Isabel Costa, Joselita Sacramento, Reginaldo dos Santos, Daniel Meneses, Joanice da Silva, Adriana Santana, Ana Lúcia Costa, Iraci da Conceição, Maria Dalva Macedo, Maria Íris Rodrigues e Haydee dos Santos, agentes comunitários de saúde, veículos imprescindíveis para a realização deste estudo.

A Ridalva de Carvalho, Rita de Cássia e Silva, Geilza Gomes, Sheila de Souza, Ana Cristina e Silva, Elisângela Costa, Maria Goretti Silva, Edézio Soares Júnior e especialmente Laudicéia Serra, enfermeiras do Programa de Saúde da Família e instrutores dos Agentes Comunitários de Saúde, pelo compromisso com o estudo.

Aos Srs. Orlando Santiago e Rômulo Cerqueira e Silva, Prefeito Municipal e Secretário de Saúde do município de Santo Estêvão - Bahia, pela viabilização da logística do projeto.

A Jucilaine Pereira Gomes pela presteza no fornecimento das informações.

A Manoelito e Sônia Magalhães pela acolhida em todas as viagens a Santo Estêvão.

A todo o município de Santo Estêvão, pela receptividade ao trabalho proposto.

Ao Sr. Antonio Duarte pela companhia nas viagens a Santo Estêvão.

À Sra Maria de Fátima Correia, pela digitação dos resultados.



na Soares da Silva pela disposição em ajudar.

A Isabela Britto pelas inquestionáveis substituições.

À Dra. Ângela Marisa Scippa, Dr. Cássio Bottino e Dra. Laura Andrade por terem ajudado a repensar o projeto inicial.

Ao Dr. Roque Aras pelas imediatas contribuições.

Ao Dr. Ailton Melo, pela relação com a ciência.

Ao colega Eduardo Cardoso, pela constante disponibilidade.

Às amigas Josecy Peixoto e Manuela Magalhães por além das palavras e dos gestos.

A Cinthia, Yara e Fernando Braga pela presença na vida de Betina, enquanto a mãe precisou estar ausente entre viagens e montanhas de artigos.

A Maria Angélica e Herbert Frank, por toda uma vida.

A Maurício e Laura Frank, pela pausa proporcionada, fundamental para a inspiração literária.

A Betina por continuar doce entre os estresses da mãe.

À UFBA, à SESAB, ao PROSI e ao CREASI, pela responsabilidade institucional.

A todas as pessoas não relacionadas, mas que me ajudaram a desejar, gestar, iniciar, manter e concluir este projeto.

A Deus, por motivos óbvios.

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	12
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	12
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	12
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	12
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b>	13
<b>I. RESUMO</b>	15
<b>II. INTRODUÇÃO</b>	17
<b>III. REVISÃO DE LITERATURA</b>	22
III.1. DADOS DE PREVALÊNCIA	22
III.2. SINTOMAS DEPRESSIVOS	26
<b>III.2.1. Transtornos Depressivos e Sintomas Depressivos</b>	26
<b>III.2.2. Capacidade Diagnóstica</b>	28
<b>III.2.3. Instrumentos de Avaliação ó Escala de Depressão Geriátrica (GDS)</b>	30
<b>III.2.4. Apresentação Clínica</b>	34
III.3. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	36
<b>III.3.1. Idade</b>	36
<b>III.3.2. Sexo</b>	37
<b>III.3.3. Estado Civil</b>	39
<b>III.3.4. Escolaridade</b>	39
<b>III.3.5. Raça</b>	39
<b>III.3.6. Local de Moradia</b>	40
<b>III.3.7. Estado Ocupacional</b>	40
III.4. COMORBIDADES	40
III.5. FATORES DE RISCO	42
<b>III.5.1. Fatores de Risco para Depressão</b>	42
<b>III.5.2. Sintomas Depressivos como Fator de Risco</b>	46
III.6. CUSTOS	51
<b>IV. CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODOS</b>	53
<b>V. RESULTADOS</b>	57



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	80
<b>VII. PERSPECTIVA DO ESTUDO</b>	90
<b>VIII. CONCLUSÕES</b>	92
<b>IX. SUMMARY</b>	93
<b>X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	94
<b>XI. ANEXOS</b>	103

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

### FIGURA

**FIGURA I:** Mapa de localização do município de Santo Estêvão ó Bahia 104

**FIGURA II:** Imagem de Santo Estêvão 118

### GRÁFICO

**GRÁFICO 1.** Frequency of elders per total score 77

### QUADRO

**QUADRO I.** Porcentagem de idosos por Diretoria Regional de Saúde, 1999 e 2002 18

### TABELAS

**TABELA I:** Estudos de prevalência de depressão e / ou sintomas depressivos em Idosos da comunidade 24

**TABELA 1:** Demographic clinical profile of the elderly of Santo Estevão, Bahia, Brazil, according to cut-off points established by GDS 15 76

**TABELA 2:** Prevalence ratio of medical or demographic variables according to cut-off points established by GDS 15. 78

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGECAT	Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy
APA	Associação Americana de Psiquiatria
AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
AVE	Acidente vascular Encefálico
AVS	Atividades da Vida Diária
BDI	Beck Depression Inventory
CADASIL	Arteriopatia Cerebral Autossômica Dominante com Infartos Subcorticais e Leucoencefalopatia
CES-D	Center for Epidemiologic Depression Scale
CGD	Carga Global de Doença
CID 10	Código internacional de doenças (décima edição)
CPgMS	Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DEPS	Depression Scale
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM III R	Manual Diagnóstico de Doença Mental (terceira edição revisada)
DSM IV	Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (quarta edição)
DSM	Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental
ECA	Epidemiologic Catchment Area
GDS 15	Escala de Depressão Geriátrica (versão de 15 itens)
GDS 30	Escala de Depressão Geriátrica (versão de 30 itens)
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
GMS	Geriatric Mental State
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MCO	Maternidade Climério de Oliveira

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## Brasileiro de Alfabetização

NHANES I	National Health and Nutrition Examination Survey I
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SCID	Strutured Clinical Interview for DSM IV
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SHEP	Systolic Hypertension in the Elderly Project
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBa	Universidade federal da Bahia
ZSRDS	Zung Self Rating Depression Scale

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SANTO ESTÊVÃO Ó BAHIA. O aumento do número de idosos no Brasil mudou o perfil de morbimortalidade, com predomínio de doenças crônicas, entre elas a depressão. Existe no entanto, situações nas quais os sintomas depressivos apresentados não preenchem os critérios estabelecidos pelo CID 10 ou DSM IV para qualquer transtorno do humor. No entanto, são mais comuns que estes e comprometem a qualidade de vida. Poucos são os estudos na população brasileira, especialmente rural, sobre a prevalência destes sintomas. Objetivo: determinar a prevalência dos sintomas depressivos em idosos do município de Santo Estêvão ó Bahia ó Brasil. Desenho do estudo: descritivo de corte transversal. Material e Métodos: foram analisados 1944 questionários preenchidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos domicílios dos idosos, incluindo a aplicação da escala de depressão geriátrica de 15 itens (GDS 15). Definiram-se cinco como ponto de corte para sintomas depressivos clinicamente relevantes, sendo analisados também os pontos de corte de oito ou mais e dez ou mais sintomas, para a possibilidade de doença moderada e severa, respectivamente. Resultados: média de idade  $71,9 \pm 8,2$  anos e média de 5,2 sintomas por indivíduo. A prevalência de sintomas depressivos clinicamente relevantes foi de 59,3%, 16,7% e 5,1% para os três pontos de corte estabelecidos. Houve significância estatística para o ponto de corte de cinco ou mais sintomas, para sexo feminino, indivíduos maiores que oitenta anos, analfabetos, não casados e os que não conviviam com companheiro. Para o ponto de corte de oito ou mais sintomas, para sexo feminino, indivíduos que permaneciam trabalhando, analfabetos e não casados ou que não conviviam com companheiro. Para o ponto de corte de dez ou mais sintomas para sexo



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

conviviam com companheiro. Conclusões: A prevalência encontrada foi superior à referida na literatura para populações semelhantes, para estudos que utilizaram o mesmo instrumento e para os estudos nacionais, possivelmente pelo perfil sócio-demográfico da população. Palavras-chaves: 1. idoso; 2. sintomas depressivos; 3. GDS; 4. prevalência; 5. rural.

Ao longo do século XX, houve crescimento mundial do quantitativo de indivíduos idosos, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aqueles que possuem sessenta anos ou mais para os países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos e sessenta e cinco anos ou mais para os países desenvolvidos. O Brasil define o cidadão idoso como qualquer indivíduo com sessenta ou mais anos (Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 e Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003).

O aumento numérico e proporcional na população de idosos deve-se a modificações basicamente em três indicadores demográficos: a taxa de natalidade, a taxa de mortalidade e, conseqüentemente, a expectativa de vida. O Brasil apresenta taxa de natalidade e mortalidade reduzidas, com aumento da expectativa de vida, o que aumenta, proporcionalmente, o quantitativo de idosos, tornando-se um país envelhecido, segundo definição estabelecida pela OMS, pois possui mais que 7,0% de idosos compondo sua população.

Segundo as projeções da OMS, em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar em número absoluto de idosos e, nesta época, será o país cujo contingente de pessoas nesta faixa etária mais cresceu no período 1950 ó 2025 (Veras, 1994). Este aumento do número de idosos modifica o perfil de saúde, agora com maior ocorrência das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias (Camarano em Freitas, 2002).

O envelhecimento populacional não é uma característica, portanto, apenas de populações economicamente favorecidas e o Brasil, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2002), é assim considerado, possuindo 8,6% de idosos do

hia também é definido como envelhecido, com 8,2% de idosos em relação à população total. O mesmo ocorre quando o Estado é dividido por Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), onde, das 30 existentes em 2002, 28 (93,3%) possuíam população com mais de 7,0% de indivíduos idosos (DICS, 2002) (Quadro I), assim como em 365 (87,5%) dos 417 municípios baianos existentes.

Quadro I: Porcentagem de idosos por Diretoria Regional de Saúde, 1999 e 2002

DIRE S	Municípios	1999		2002	
		N	%	N	%
1	Salvador	169.663	5,80	205579	6,44
2	Feira de Santana	71.636	7,60	81833	8,41
3	Alagoinhas	43.299	8,10	47.902	8,48
4	Santo Antônio de Jesus	42.169	9,40	45.081	9,72
5	Gandu	20.266	6,30	21.902	7,29
6	Ilhéus	25.062	6,20	28.371	7,71
7	Itabuna	41.457	8,00	48.127	9,06
8	Eunápolis	15.646	5,60	18.419	5,9
9	Teixeira de Freitas	25.197	7,00	29.940	7,88
10	Paulo Afonso	19.515	7,80	21.826	8,36
11	Cícero Dantas	25.575	9,50	29.800	10,08
12	Serrinha	48.797	8,60	54.749	9,28
13	Jequié	45.905	8,40	50.410	9,69
14	Itapetinga	21.255	8,50	24.693	9,52
15	Juazeiro	30.632	6,90	34.431	7,69
16	Jacobina	27.770	7,50	26.610	9,06
17	Mundo Novo	11.020	9,60	12.182	10,11
18	Itaberaba	20.092	8,50	20.763	9,39
19	Brumado	23.357	9,10	23.974	9,84
20	Vitória da conquista	41.933	7,70	57.082	9,04
21	Irecê	24.698	7,30	29.909	7,97
22	Ibitirama	15.039	8,80	16.627	9,34
23	Boquira	16.247	9,80	17.426	10,93
24	Caetité	27.266	10,20	21.889	10,77
25	Barreiras	16.995	6,00	19.884	6,52
26	Santa Maria da Vitória	23.288	7,70	26.534	8,64
27	Seabra	16.154	8,80	18.451	10,52
28	Senhor do Bonfim	25.177	8,10	24.403	9,12
29	Amargosa	17.995	9,80	18.459	10,67
30	Guanambi	14.795	7,20	17.301	8,24
ESTADO DA BAHIA		967.858	7,40	1.094.557	8,22

Uma vez que o número de idosos cresce a cada ano, os dados de saúde desta população também precisam ser conhecidos e acompanhados, sendo então utilizados como

como elemento propulsor de políticas para esse grupo populacional (Camarano, 1999).

A saúde mental é indispensável para o bem estar geral dos indivíduos, sociedades e países. Porém, é dada uma menor atenção a esta, em comparação à saúde física, apesar de já se projetar um aumento do quantitativo de indivíduos portadores de transtornos mentais, tendo em vista o envelhecimento populacional. É o que prevê o Relatório sobre saúde no mundo ó 2001, Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para acompanhar o impacto desses e de outros fatores, desde 1993 a OMS avalia a medida do desnível entre o estado de saúde atual e uma situação ideal na qual todos chegariam à velhice livres de doenças e incapacidades, conhecida como Carga Global de Doença (CGD), que é quantificada pelo indicador Anos de Vida Ajustados para Incapacidades (AVAI). Em última análise, significam os anos de vida saudáveis perdidos, calculado pela equação que divide a soma dos anos de vida perdidos por mortalidade prematura na população (para uma determinada doença) com os anos de vida perdidos por incapacidades, pela incidência desta patologia na população.

A avaliação de AVAI também demonstra que os transtornos depressivos unipolares estão entre as dez causas mais importantes, independente do sexo, considerando-se todas as idades (OMS, Relatório da Saúde no mundo, 2001).

Na composição deste cenário está o custo econômico para o indivíduo, a família e a sociedade, onde nem todos os elementos e conseqüências são facilmente mensuráveis, mas que são compostos por fatores como o próprio custo dos serviços sociais e de saúde, a redução na produtividade ou perda do emprego, o impacto nos familiares ou cuidadores e o impacto negativo na mortalidade prematura.

e mental são classificados segundo duas codificações distintas, porém semelhantes. O primeiro, o Código Internacional de Doenças (CID), atualmente na sua décima revisão (CID 10), da OMS e o Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental (DSM), atualmente na quarta edição (DSM IV), documento da Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Dentre os sintomas da depressão, estão inclusos a tristeza, a incapacidade de experienciar o prazer, o desânimo, a redução da energia, da atenção, da concentração, da memória, a alteração do sono, do apetite, os pensamentos negativos, a idéia recorrente de morte e a tentativa ou execução de plano suicida. Muitas vezes entre idosos é necessário que haja uma busca ativa a esses sintomas, para o correto estabelecimento diagnóstico, pela possibilidade de atribuição errônea da origem desses ao próprio processo de envelhecimento ou às comorbidades presentes.

Apesar de não haver uniformidade nos dados sobre a prevalência de depressão em idosos por questões metodológicas e culturais, os números encontrados justificam as recomendações da OMS e do consenso de 1997 (Lebovitz *et al*, 1997) de que sejam realizadas abordagens agressivas no sentido de melhorar o reconhecimento sintomatológico, o diagnóstico e o tratamento dos transtornos depressivos. Transfere-se portanto a competência diagnóstica para qualquer profissional da área de saúde de qualquer nível hierárquico da atenção. Permanece exclusivamente com o médico a competência terapêutica farmacológica.

É importante para fins clínicos e científicos que a prevalência dos sintomas depressivos em uma população eminentemente rural seja conhecida, para o estabelecimento de estratégias que reduzam o subdiagnóstico e melhorem os indicadores terapêuticos, já que nenhum estudo nacional e poucos internacionais sobre transtornos ou sintomas depressivos, referem-se a esse tipo de população.

va, portanto, a determinação da prevalência de sintomas depressivos em uma população de base demográfica, exclusivamente de indivíduos maiores que sessenta anos, além da criação de um banco de dados e o acompanhamento longitudinal desta coorte.

Para tanto, foi selecionado o município de Santo Estêvão, localizado no estado da Bahia e inseridos no polígono da seca, contendo uma grande área rural onde existem condições adversas de vida relacionadas à pobreza. A economia baseia-se no comércio e na pecuária, com rebanho bovino e ovino. Praticamente inexistente agricultura permanente, sendo o feijão o principal elemento da agricultura temporária.

Segundo o IBGE, existiam em 2002, 3.955 idosos residindo em Santo Estêvão, portanto, 9,1% de uma população total de 43.268 indivíduos, o que caracteriza o município como envelhecido.

### III.1. DADOS DE PREVALÊNCIA

Os transtornos depressivos compõem um elenco de doenças com significativa prevalência entre indivíduos idosos, a despeito da variação encontrada na literatura entre 4,4 e 82,0%, (Yesavage & Brink, 1983; Borson *et al.*, 1986; Marwijk *et al.*, 1995; Liu *et al.*, 1997; Lépine & Bouchez, 1998; Newman *et al.*, 1998; Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Meara *et al.*, 1999; Ritchie *et al.*, 1999; Schneider *et al.*, 2000; Schoevers *et al.*, 2000; Steffens *et al.*, 2000; Ambo *et al.*, 2001; Kraaij & Wilde, 2001; Alexopoulos *et al.*, 2002; Charlson e Peterson, 2002; Parashos *et al.*, 2002; Tafaro *et al.*, 2002; Yaffe *et al.*, 2003; Chow *et al.*, 2004; Jonge *et al.*, 2004; Kim *et al.*, 2004; Miller *et al.*, 2004; Wurff *et al.*, 2004), conforme demonstra a Tabela I.

No Brasil, existem três estudos que avaliam a prevalência de depressão entre idosos, sendo dois de base populacional. O primeiro realizado em três bairros da cidade do Rio de Janeiro em 1989, onde foi evidenciada a prevalência de 22,6% na área economicamente melhor situada, onde os indivíduos moravam em edifícios e conviviam mais com a insegurança; 25,8% na área mais pobre onde ainda existiam grandes espaços sem ocupação imobiliária e 19,7% na área com características intermediárias onde os idosos viviam principalmente em casas (Veras, 1994).

Um segundo estudo foi realizado em Veranópolis, município do estado do Rio Grande do Sul, com destacada expectativa de vida e característica semi-rural, onde foi

para uma população exclusiva de idosos maiores que 80

anos (Xavier *et al.*, 2001).

Em 1999 foi publicado um outro estudo realizado em ambulatório de psicogeriatría de uma unidade hospitalar com característica docente-assistencial, na maior cidade brasileira. A prevalência de sintomas depressivos foi de 20,3% para a possibilidade de doença leve, 25,0% moderada e 18,7% grave, através de avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica - GDS (Almeida & Almeida, 1999).

Essas variações ocorrem na dependência da definição da população idosa alvo, dos parâmetros diagnósticos utilizados e da origem dos indivíduos idosos: comunidade, atenção básica, ambulatórios especializados unidades de internação ou instituições de longa permanência, o que se confunde, em parte, com outros fatores, como os diferentes perfis da população alvo em relação às possíveis comorbidades agudas e/ou crônicas, à capacidade funcional e à autonomia ((Krishnan, 2002), estes dois últimos reconhecidamente divisores de águas em relação ao estado de saúde do idoso. Por fim, da abordagem utilizada para a identificação diagnóstica, divididas em: exclusiva (não considera sintomas neurovegetativos ó sono, energia, apetite e peso), substitutivo (não considera sintomas neurovegetativos, mas considera sintomas cognitivos não somáticos ó desesperança), abordagem melhor calculada (para cada sintoma existe uma avaliação clínica para identificação da origem ó depressão ou outra doença) e inclusivo (qualquer sintoma depressivo contribui para a síndrome, independente da causa) (Alexopoulos, 2002).

Para que seja efetivado um diagnóstico de episódio depressivo ou transtorno depressivo, no entanto, é necessário que estejam presentes um elenco de sintomas que compõem os critérios diagnósticos estabelecidos e revisados em consensos. Porém, existem dois organismos distintos que estabelecem estes critérios e que são mundialmente aceitos: a

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

de depressão e / ou sintomas depressivos em idosos da comunidade

		Instrumento	Prevalência	Desfecho	População	n
Kay <i>et al.</i> (1985)	Hobart - Tasmânia	GMS <sup>1</sup>	10,2	Depressão maior DSM-III <sup>2</sup>	× 70 anos	274
Pang & Lee (1994)	Washington D.C. ó Estados Unidos	DIS <sup>3</sup> coreano	14,6%	Depressão maior pelo DSM ó III <sup>2</sup> ou DSM ó III-R <sup>4</sup>	× 60 anos imigrantes coreanos, residentes em Washington DC	41
Lobo <i>et al.</i> (1995)	Zaragoza - Espanha	GMS ó AGECAT <sup>5</sup>	4,8%	Transtornos depressivos DSM ó III ó R <sup>4</sup>	Idosos(× 65 anos) com pouca instrução, em área rural (inclui institucionalizados)	1080
Liu <i>et al.</i> (1997)	China	GDS 15 <sup>6</sup>	26,0% sintomas depressivos pela GDS 15 <sup>6</sup> 13,0% transtornos depressivos pelo DSM-III-R <sup>4</sup> 6,1% depressão maior pelo DSM-III-R <sup>4</sup>	Sintomas depressivos GDS 15 <sup>6</sup> e transtornos depressivos DSM-III-R <sup>4</sup>	Idosos (× 65 anos)	1313
Blazer <i>et al.</i> (1998)	Carolina do norte - Canadá	CES-D <sup>7</sup> 20 itens	9,0%	Sintomas depressivos CES-D <sup>7</sup> × 9	Idosos (× 65 anos) negros (africanos americanos) e brancos	3401
Newman <i>et al.</i> (1998)	Edmonton - Canadá	GMS-AGECAT <sup>5</sup>	11,4% depressão geral 0,88 depressão maior 3,6 depressão menor	Transtornos depressivos DSM-IV <sup>8</sup>	Idosos (× 65 anos)	1360
Ganguli <i>et al.</i> (1999)	Ballabgarh - Índia	GDS 30 <sup>9</sup>	40,2	Sintomas depressivos GDS-30 <sup>9</sup> × 11	Indivíduos × 55 anos	1554
Al-Shammari & Al-Subaie (1999)	Arábia Saudita	GDS 30 <sup>9</sup>	39%	Sintomas depressivos GDS 30 <sup>9</sup> × 10	Idosos (× 60 anos)	7970
Lai (2000)	Calgary - Canadá	GDS 15 <sup>6</sup> (versão chinesa) AGECAT <sup>10</sup>	20%	Sintomas depressivos GDS × 5	Idosos (× 65 anos) chineses residentes no Canadá	96
Schoevers <i>et al.</i> (2000)	Amsterdan - Holanda	AGECAT <sup>10</sup>	12,9%	Depressão maior = GMS-AGECAT <sup>10</sup> × 3	Idosos do estudo AMSTEL	4051
Steffens <i>et al.</i> (2000)	Utah ó Estados Unidos	SCID <sup>11</sup>	3,2 qualquer transtorno depressivo em homens e 5,1% em mulheres 2,7% depressão maior em homens 4,4% em mulheres	Transtornos depressivos DSM-IV <sup>8</sup>	Idosos (× 65 anos)	4559

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Autores	Local	Instrumento	Prevalência	Desfecho	População	n
Swenson <i>et al.</i> (2000)	Colorado ó Estados unidos	CES-D <sup>7</sup>	11,4%	Sintomas depressivos CES- D <sup>7</sup> × 16	Idosos (× 65 anos)	1151
Ambo <i>et al.</i> (2001)	Tajiri - Japão	ZSRDS <sup>12</sup>	6,4%	Sintomas depressivos	Idosos (× 65 anos)	1525
Kivelä & Pahkala. (2001)	Ähtäri - Finlândia	ZSRDS <sup>12</sup>	15%	Sintomas depressivos ZSRDS <sup>12</sup> × 40 DSM-III <sup>2</sup>	Idosos (× 60 anos)	1367
Kraaij & De Wilde (2001)	Leiden-Holanda	GDS 30 <sup>9</sup>	16%	Sintomas depressivos GDS 30 <sup>9</sup> × 11	Idosos (× 65 anos)	194
Xavier <i>et al.</i> (2001)	Veranópolis - Brasil	SCID <sup>11</sup>	7,5%	Episódio depressivo maior (DSM IV) <sup>8</sup>	Idosos × 80 anos	77
Stek <i>et al.</i> (2002)	Leiden - Holanda	GDS 15 <sup>6</sup>	15,4%	Sintomas depressivos (GDS 15 <sup>6</sup> × 5)	Idosos × 85 anos	500
Tafaro <i>et al.</i> (2002)	Roma	GDS 30 <sup>9</sup>	12,8%	Sintomas depressivos GDS 30 <sup>9</sup> × 10	Idosos × 100 anos	157
Miller <i>et al.</i> (2004)	Missouri, Estados Unidos	CES-D <sup>7</sup>	21,1%	Sintomas depressivos CES- D <sup>7</sup> × 16	Indivíduos de meia idade (50 ó 65 anos)	998
Van der Wurff <i>et al.</i> (2004)	Amsterdam - Holanda	CES-D <sup>7</sup>	Marroquinos = 33,6 Turcos = 61,5 Holandeses = 14,5	Sintomas depressivos CES- D <sup>7</sup> × 16	Indivíduos × 55 anos imigrantes turcos e marroquinos	933

<sup>1</sup> GMS - Geriatric Mental State

<sup>2</sup> DSM-III - Manual Diagnóstico de Doença Mental ó 3º Edição

<sup>3</sup> DIS - Diagnostic Interview Schedule

<sup>4</sup> DSM -III- R - Manual Diagnóstico de Doença Mental ó 3º Edição Revisada

<sup>5</sup> GMS AGECAT - Geriatric Mental State ó Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy

<sup>6</sup> GDS 15 ó Escala de Depressão Geriátrica (15 itens)

<sup>7</sup> CES-D - Center for Epidemiologic Depression Scale

<sup>8</sup> DSM IV - Manual Diagnóstico de Doença Mental ó 4º Edição

<sup>9</sup> GDS 30 ó Escala de Depressão Geriátrica (30 itens)

<sup>10</sup> AGECAT - Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy

<sup>11</sup> SCID - Structured Clinical Interview for DSM IV

<sup>12</sup> ZSRDS - Zung Self Rating Depression Scale

(OMS, 1993) e o diagnóstico estatístico de doença mental - DSM IV (APA, 1994). O consenso, conseqüentemente, não é universal, além de nenhum dos dois diferenciarem a sintomatologia entre adultos jovens e idosos (Alexopoulos *et al.*, 2002),

## III.2. SINTOMAS DEPRESSIVOS

### III.2.1. Transtornos Depressivos e Sintomas Depressivos

Os transtornos depressivos são de mensuração mais difícil em estudos epidemiológicos (Gazzalle *et al.*, 2004) por requererem escalas diagnósticas de maior complexidade como padrão-ouro diagnóstico em uma maior amostra. Vários estudos, portanto, têm como objetivo a avaliação não da doença depressiva em si, mas da prevalência dos sintomas que estão presentes nos transtornos depressivos e em outras doenças, especialmente as de caráter crônico.

Os sintomas depressivos clinicamente significantes, que, no entanto, não preenchem os critérios diagnósticos para transtorno de humor pelo CID 10 e DSM IV, são até duas a três vezes mais freqüentes (Almeida & Almeida, 1999; Schneider *et al.*, 2000; Judd & Akiskal, 2002) e causam dano à saúde e ao bem estar dos indivíduos, podendo, em 25% dos casos, evoluir para depressão maior. São comuns em idosos da comunidade e especialmente freqüentes entre idosos com alguma comorbidade (Alexopoulos, *et al.*, 2002), mas menos reconhecidos e menos tratados (Judd & Akiskal, 2002; Schoevers *et al.*, 2000). Estes dados,

de, fornecem legitimidade clínica e de saúde pública. O conhecimento da epidemiologia dos transtornos e dos sintomas depressivos colabora portanto, na identificação da existência de subgrupos sob maior risco e da necessidade de programas de prevenção (Wurff *et al.*, 2004 ó no prelo)

Esse elenco de sintomas é conhecido por variadas denominações: Subsindrômico, pré-clínico e subclínico (Schneider *et al.*, 2000) e definido como a presença de dois ou mais sintomas depressivos na maior parte do tempo, durante pelo menos duas semanas, em indivíduos que não preenchem critérios para depressão maior, distímia ou outros transtornos depressivos

As pesquisas são consistentes com a observação de que os idosos são mais deprimidos em relação aos sintomas depressivos que apresentam, que em relação aos critérios diagnósticos estabelecidos (Schnittker, 2004). Deste modo, quando são utilizadas entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, a prevalência é inferior a quando as escalas são preferidas (Liu *et al.*, 1997).

Alexopoulos *et al.* (2002), identificaram que entre idosos idosos (maiores que oitenta anos), antes do estabelecimento da depressão existe uma fase subsindrômica de até três meses e conseguiram diferenciar dois tipos distintos de apresentação da depressão subsindrômica: o primeiro caracterizado por uma síndrome qualitativamente similar à depressão maior e distímia, mas com menos sintomas, ou sintomas menos continuados e o segundo apresentando-se qualitativamente diferente da depressão maior, com menos pensamentos suicidas, menos sentimentos de menos valia e culpa, mas com níveis similares de preocupação com a saúde e descontentamento com a vida. No estudo *Epidemiologic Catchment Área* (ECA), a insônia, fadiga, pensamentos recorrentes de morte e retardo psicomotor formaram o quadro clínico preponderante (Judd & Akiskal, 2002).

defendem a tese de que existe um continuum entre a síndrome subclínica e a depressão maior e Judd & Akiskal, em editorial do periódico *American Journal of Geriatric Psychiatry* de 2002, lembram que no curso da depressão maior os pacientes passam mais tempo apenas com sintomas depressivos; que os pacientes com depressão subsindrômica têm mais história de depressão no passado e mais tentativas de suicídio; que após a resolução de um episódio depressivo maior, a presença de sintomas depressivos se associa com maior risco de recaída e de um curso mais crônico e severo no futuro e que qualquer nível de sintomas depressivos se associa com a atividade da doença em nível biológico.

Várias evidências apontam para a relevância clínica e de saúde pública dessa síndrome, dentre elas: redução da produtividade, alteração do comportamento, visão negativa de si, presença de expectativas negativas, aumento das taxas de morbidade e mortalidade, atraso na reabilitação pós fratura de fêmur, maior utilização dos serviços de saúde, aumento dos dias de restrição das atividades e aumento dos dias acamados (Jonas & Mussolino, 2000; Schneider *et al.*, 2000; Judd & Akiskal, 2002)

Em várias situações médicas, a presença de sintomas depressivos afeta alguns domínios da funcionalidade e piora o prognóstico, pois esses indivíduos têm um pior ajuste após um evento somático (Jonge *et al.*, 2004).

Segundo Pang & Lee, (1994), os sintomas depressivos são culturalmente variáveis. O padrão de apresentação destes sintomas também. Salokangas, *et al.*, 2002, lembram que culturalmente as mulheres têm mais sentimento de tristeza e choram mais, além de que a investigação da satisfação sexual pode não ser, necessariamente, um sintoma de depressão, pois as mulheres chinesas são culturalmente mais insatisfeitas que os homens.

### III.2.2. Capacidade Diagnóstica

s que demonstram alta prevalência, os índices de reconhecimento dos sintomas da depressão ainda são baixos, especialmente na atenção básica (Borson *et al.*, 1986; Berger, *et al.*, 1998; Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Rait *et al.*, 2000; Schoevers *et al.*, 2000; Kraaij & Wilde, 2001; Alexopoulos *et al.*, 2002; Charlson & Peterson, 2002; Paterniti *et al.*, 2002; Tafaro *et al.*, 2002; Craen *et al.*, 2003; Miller *et al.*, 2004), assim como a reduzida instituição de uma terapêutica adequada (Mann, 2001; Parashos, *et al.*, 2002). Inversamente, existe importante necessidade de treinamento de profissionais deste nível de atenção em saúde para o adequado reconhecimento e tratamento dos transtornos depressivos (Rait *et al.*, 1999; Serrano & Ferrer, 2001; Parashos, *et al.*, 2002), ou, ao menos, encaminhamento para um profissional com a referida competência.

Uma das principais justificativas para esses dados é o fato de que alguns dos sintomas que fazem parte dos critérios diagnósticos para depressão são culturalmente e erroneamente aceitos como fatores próprios do envelhecimento ou secundários a alguma outra patologia clínica (Lépine & Bouchez, 1998). Os idosos saudáveis, por exemplo, não reconhecem seus sintomas como emocionais (Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999) levando ao comportamento do idoso de não se queixar (Parashos, *et al.*, 2002; Stek *et al.*, 2002), do familiar de não encaminhar ao serviço de saúde por esses fins e dos profissionais, muitas vezes de não investigá-los (Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Alexopoulos *et al.*, 2002), causando, enfim, sofrimento desnecessário para o paciente, carga para a família e custo para a sociedade. Stek *et al.* (2002), demonstraram não existir correlação do número de sintomas com a possibilidade de ser dado diagnóstico. Outros fatores, identificados por Almeida & Almeida 1999, contribuem para a dificuldade diagnóstica: a presença de doenças clínicas, o isolamento social, o início insidioso dos sintomas e a ausência ocasional de humor deprimido.

Parashos *et al.* (2002), identificaram algumas chaves para o diagnóstico de sintomas depressivos do paciente que procura o médico: passado de depressão, perda recente e

iller *et al.* (2004), alertam os médicos para que dispensem

especial atenção aos indivíduos com suporte social enfraquecido, aos que apresentam história de hospitalização no último ano, àqueles com baixa renda e aos com baixa acuidade visual, concentrando, portanto, esforços nas áreas mais pobres.

O prognóstico da depressão no idoso é pior em termos de persistência, recorrência, aumento da mortalidade (especialmente em homens) e risco de suicídio, segundo alerta Al-Shammari & Al Sabuie (1999).

Segundo Yaffe *et al.* (2003), em estudo sobre sintomas depressivos e risco de mortalidade entre idosos frágeis da comunidade, existe uma possibilidade de reversão do quadro depressivo em 80%, quando os indivíduos são adequadamente tratados com medicação e / ou psicoterapia. Estes dados corroboram a importância de monitorar e tratar este subgrupo populacional.

### **III.2.3. Instrumentos de Avaliação ó Escala de Depressão Geriátrica (GDS)**

Apesar do diagnóstico de depressão, para fins de pesquisa poder ser efetivado apenas através da aplicação de entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, baseadas nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo CID 10 ou DSM IV, existem várias escalas diagnósticas validadas para rastreamento de sintomatologia ou verificação de gravidade. Alguns estudos determinam risco de um diagnóstico psiquiátrico, através de um escore de sintomas pré-estabelecidos. Krishnan, (2002), lembra que uma escala de Beck com 10 pontos, vem demonstrando estado de risco para conseqüências adversas no pós-infarto agudo do miocárdio.

Shumway *et al.* (2004), analisaram a complexidade dos instrumentos autoaplicáveis para depressão, sentenciando valor limitado para os indicadores psicométricos de confiança e validade, pois são baseados em respostas padronizadas e a qualidade da

Quanto maior a complexidade das questões padronizadas e das respostas, maior exigência cognitiva para que não haja erro de aferição, pois quando o paciente não compreende ou se exaure, existe a possibilidade de passar a fornecer respostas padronizadas. Os indivíduos mais vulneráveis a este tipo de comportamento são os que apresentam nível reduzido de inteligência, de escolaridade, de educação e de proficiência no idioma.

Portanto, como os instrumentos de medida autoaplicáveis são ferramentas importantes para estudos científicos, sendo largamente utilizados para rastreio populacional, assim como para avaliação clínica e do curso da doença, além da não existência de um padrão-ouro estabelecido, a complexidade cognitiva tem que ser levada em conta na escolha do instrumento para a população alvo (Shumway *et al.*, 2004).

A GDS é o instrumento mais popular para avaliação de depressão em idosos, utilizada por pesquisadores e profissionais de saúde mental (Almeida & Almeida, 1999 e Lai, 2000). Foi o único, até o momento, a ter sido desenhado para esse grupo etário (Lépine & Bouchez, 1998; Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Ganguli *et al.*, 1999 e Stek *et al.*, 2002), sendo reconhecidamente uma escala de sintomas de entendimento simples, com respostas dicotômicas do tipo sim / não, de rápida e fácil aplicação. A GDS pode ser utilizado por qualquer profissional da atenção básica, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável (Yesavage & Brink, 1983; Sheikh & Yesavage, 1986; Ganguli *et al.*, 1999; Rait, *et al.*, 1999; Alexopoulos, *et al.*, 2002; Demura & Sato, 2003), apesar de 5 a 6% dos indivíduos necessitarem ajuda para o seu preenchimento e de ajuda para 50% dos itens (Marwijk, *et al.*, 1995). Apresenta acurácia para idosos idosos, apesar de existirem poucos estudos em maiores que 85 anos (Craen *et al.*, 2003) e encontra-se disponível em vários idiomas, inclusive no português, com estudo de validade (Ganguli *et al.*, 1999), sendo considerada de domínio público (Stanford University, 2004).

validada com 30 itens e posteriormente testadas versões

de 15, 10, 04 e 01 item (Almeida & Almeida, 1999; Lai, 2000). As quatro versões maiores (30, 15, 10 e 4), não demonstraram diferença estatística na acurácia diagnóstica (Lai, 2000) porém a versão de 4 itens é indicada para exclusão diagnóstica, mais que para inclusão, e a de apenas 1 item não é melhor que o acaso (Marwijk *et al.*, 1995).

A versão de 15 itens apresenta sensibilidade e especificidade, variando entre 84% - 96% e entre 70% - 90%, respectivamente (Meara *et al.*, 1999; Alexopoulos, *et al.*, 2002; Liu *et al.*, 1997; Chow *et al.*, 2004), a depender do ponto de corte utilizado, que pode variar na dependência do objetivo do estudo. Deve ser baixo em estudos de screening populacional, determinando alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo (Almeida & Almeida, 1999), elevando-se nos demais tipos de pesquisa, pois a sensibilidade e especificidade tornam-se menos importantes, destacando-se, então uma eficiente distribuição de falsos positivos e falsos negativos. Pode assim substituir, sem prejuízo ao diagnóstico, a versão original (Craen *et al.*, 2003). Esta versão de 15 itens, desenvolvida para evitar fadiga e falta de concentração (Liu *et al.*, 1997), tem estudos de sensibilidade e especificidade realizados em idosos da população geral, da atenção básica, doentes, internados e institucionalizados (Almeida & Almeida, 1999; Lai, 2000; Craen *et al.*, 2003).

Uma vantagem adicional para um instrumento eficiente, de rastreio, em uma população nesta faixa etária, é a não inclusão de sintomas somáticos. A GDS enfatiza os sintomas psicológicos e minimiza os físicos (Chow *et al.*, 2004), reduzindo portanto, a interferência de variáveis confundidoras em uma população onde a comorbidade é uma realidade. O escore da GDS 15, mesmo sem avaliar objetivamente a gravidade dos sintomas, indica-a através do próprio resultado final, sugerindo normalidade quando inferior a 4 pontos; depressão leve entre 5 e 7 pontos; moderada entre 8 e 9 e grave acima de 10 pontos (Almeida & Almeida, 1999). A correlação com a GDS 30 só ocorre quando o ponto de corte é igual ou

Então, não pode ser feita para as versões mais curtas. Os itens mais discriminantes são: "Você está satisfeito com sua vida?" e "abandonou muitos dos seus interesses e atividades?" (Marwijk *et al.*, 1995).

Assim como nas demais escalas autoaplicáveis, a sensibilidade da GDS 15 em pacientes doentes pode resultar em uma alta proporção de falso-positivos (Meara *et al.*, 1999). Por outro lado, as características dos pacientes com tais resultados necessitam de melhor identificação, pois esses podem ter alguma alteração, como depressão menor, distímia e remissão incompleta de depressão, que possa melhorar com a instituição de adequada terapêutica. Nesta lógica, Schoevers *et al.* (2000), concordam que mesmo os quadros depressivos que não preenchem critérios do CID 10 ou DSM IV, merecem atenção.

Rait *et al.* (1999), em um estudo inglês sobre rastreio de depressão em idosos da comunidade de origem africana/caribenha, onde foi utilizada a GDS e uma outra escala culturalmente adaptada, não demonstrou qualquer superioridade entre as escalas. Porém, Ganguli *et al.* (1999) necessitaram realizar ajustes nos itens da GDS e não obtiveram sucesso na aferição da sensibilidade e especificidade por problemas culturais.

Uma das limitações da GDS, é a baixa validade para uso em idosos com comprometimento cognitivo, especialmente após o estágio moderado (Kafonek *et al.*, 1989; Meara *et al.*, 1999; Craen *et al.*, 2003). Outros problemas, comuns a várias escalas, é a não distinção entre o paciente previamente diagnosticado, porém com resposta parcial ao tratamento instituído, daquele que nunca foi diagnosticado (Alexopoulos, *et al.*, 2002) e a não existência de adaptações para analfabetos e pacientes com problemas oftalmológicos (Serrano & Ferrer, 2001).

O reconhecimento das diversas formas de apresentação sintomatológica é mais importante que a aplicação de uma escala, uma vez que os transtornos depressivos determinam uma grande carga para os indivíduos acometidos. Nesse caso, a literatura tem apontado na

mento dos padrões de sintomas depressivos como fatores de risco, de gravidade e de prognóstico para os próprios transtornos depressivos, assim como para outras patologias.

#### **III.2.4. Apresentação Clínica**

A heterogeneidade das causas dos sintomas depressivos em idosos pode dificultar o reconhecimento e entendimento da história natural da depressão no idoso. Ainda que essas causas e os fatores que afetam o curso da depressão em idosos sejam pouco estabelecidos, Krishnan (2002), determinou que quando o primeiro episódio depressivo ocorre após os 40 anos, os fatores genéticos são de menor importância.

Os sintomas físicos de uma doença clínica, como anemia, uremia, neoplasia e hipotireoidismo entre outras, podem mimetizar ou mascarar uma depressão, mas, distintamente em idosos deprimidos, os escores de sintomas são aumentados de uma maneira geral e não especificamente em algum item. Entre os sintomas que mais podem levar a uma atribuição errônea, estão a redução da energia, peso, atenção e concentração, além da alteração do apetite e do sono, fadiga, e retardo ou agitação motora (Schneider et al., 2000; Alexopoulos, *et al.*, 2002).

O processo de desenvolvimento da depressão maior pode durar alguns anos, sendo o curso da depressão no idoso mais crônico que agudo, parecendo ter um longo período pré-clínico (Berger *et al.*, 1998), o que favorece a atribuição equivocada ao próprio processo de envelhecimento. Sendo assim, as variáveis individuais e coletivas que influenciam a apresentação dos sintomas devem ser conhecidas.

(2002), em estudo sobre a atribuição de sintomas físicos

em população psiquiátrica, a possibilidade de somatização é comum, porém não exclusiva de idosos.

Comparativamente com outras faixas etárias, Yesavage & Brink já em 1983 chamavam a atenção para a alta frequência de queixas, como sensação subjetiva de perda de memória e dano cognitivo entre idosos, que são menos percebidas nos indivíduos mais jovens e que os distúrbios do sono são frequentes também entre idosos não deprimidos e infrequentes em jovens não deprimidos.

Idosos tendem a se queixar mais de sintomas somáticos e cognitivos, que humor deprimido, sintomas afetivos ou culpa (Berger *et al.*, 1998; Ning *et al.*, 2000; Alexopoulos *et al.*, 2002). Ganguli *et al.* (1999), identificaram que o padrão sintomatológico de idosos indianos inclui mais sintomas de ansiedade e agitação que retardo psicomotor e culpa. Quando justificam que os sintomas depressivos para esta população são estigmatizantes e os sintomas somáticos não.

A apresentação da depressão de origem vascular é caracterizada por redução do interesse, retardo psicomotor, percepção prejudicada e pouco sentimento de culpa (Alexopoulos, *et al.*, 2002). Essa está associada a várias chaves diagnósticas para a depressão de início tardio: curso crônico, baixa concordância familiar e baixa resposta ao tratamento.

Especialmente entre portadores de demência, são comuns a apatia e redução da iniciativa (Alexopoulos *et al.*, 2002). No caso de demência do tipo Alzheimer, os indivíduos apresentam menos sintomas de humor e mais redução da energia, da concentração e lentidão motora, mantendo este padrão sintomatológico, mesmo com a evolução da doença (Ritchie *et al.*, 1999). Alguns médicos têm dificuldade de definir a origem de sintomas como apatia perda de peso, retardo psicomotor, redução de concentração e de memória de curto prazo; se secundários à depressão ou demência (Purandare *et al.*, 2001). Porém, quando a doença

como recusa de alimentação ou de tratamento médico podem ser interpretados como relacionados com suicídio. (Alexopoulos, *et al.*, 2002).

Diante da possibilidade do idoso poder apresentar um quadro de depressão sem tristeza, onde o humor deprimido é negado, podendo haver falta de sentimento / emoção ou perda de interesse e prazer, Alexopoulos, *et al.* (2002) questionam se este tipo de apresentação não seria uma depressão idiopática, uma depressão secundária a doença clínica ou ainda uma síndrome não afetiva relacionada a uma doença crônica.

### III.3. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Uma vez conhecidas as características da sintomatologia depressiva entre idosos, o aprofundamento em relação à prevalência dos sintomas e das doenças depressivas em relação às características sócio-demográficas é mandatório.

#### III.3.1. Idade

Os dados referentes ao comportamento da idade em relação aos transtornos depressivos são conflitantes (James & Stanley, 1986) . Borson *et al.* (1986), demonstraram através de estudo realizado com idosos atendidos em serviços ambulatoriais, que a idade não tem efeito sobre a prevalência de depressão; Lépine & Bouchez (1998), que a prevalência de sintomas depressivos e depressão maior entre idosos da comunidade é inferior aos mais jovens, como resultado do viés de seleção natural (deprimidos mais jovens morrem precocemente), da resposta sobre sintomas psiquiátricos associados a problemas cognitivos e da negação de sintomas.

o entre os estudos que incluem apenas idosos, porém de diversas faixas etárias, pois Lobo *et al.* (1995), demonstraram não haver modificação da prevalência com o envelhecimento; Demura & Sato (2003), demonstraram, em uma população de japoneses hígidos da comunidade, que a pontuação na GDS 15 era maior para idosos mais jovens, que para idosos idosos. Já Kay *et al.* (1985) e Al-Shammari & Al-Sabuie (1999), demonstraram uma maior prevalência de depressão maior nos maiores que 80 anos, em estudo que incluiu apenas idosos com mais de 70 anos e Schnittker (2004), afirmou que os sintomas depressivos aumentam com o avançar da idade, mesmo quando controlado para outras variáveis sociodemográficas, só perdendo importância quando incluída a desabilidade.

### III.3.2. Sexo

Gazalle, *et al.* (2004), em estudo brasileiro de base populacional, encontraram uma maior média de sintomas depressivos em mulheres, sugerindo que as questões sócio-culturais relacionadas com experiências adversas e uma maior vulnerabilidade a eventos estressantes seriam os fatores justificantes. Também James & Stanley (1986); Pang & Lee (1994); Lobo *et al.* (1995); Al-Shammari & Al-Sabuie (1999); Schneider *et al.* (2000); Schoevers *et al.* (2000); Kockler & Heun (2002); Stek *et al.* (2002); Tafaro *et al.* (2002); Demura & Sato (2003); Fuhrer *et al.* (2003); Chen *et al.* (2004), encontraram uma maior prevalência de sintomas depressivos entre mulheres, apesar de Kockler & Heun (2002) sugerirem que o achado poderia estar sendo influenciado pelo estado civil, após análise por regressão múltipla, pois os divorciados têm mais sintomas que os casados. Ganguli *et al.* (1999), encontraram diferença entre os gêneros apenas para a população letrada, com preponderância de mulheres com mais sintomas depressivos além do ponto de corte estabelecido.

ção dos sintomas depressivos, Kockler & Heun (2002)

encontraram significância estatística em relação à redução do apetite entre as mulheres e agitação entre os homens.

Salokangas *et al.* (2002), em estudo sobre sintomas depressivos na população geral (não exclusiva de idosos), urbana e rural de um município da Finlândia, chamaram a atenção para o fenômeno da feminização de algumas escalas de sintomas de depressão, tendo estudado especificamente o Beck Depression Inventory (BDI) e a Depression Scale (DEPS), onde verificaram que alguns sintomas estavam mais presentes em mulheres deprimidas, em relação aos homens com o mesmo diagnóstico, principalmente em relação ao sexo e não ao diagnóstico, uma vez que também estavam mais presentes em mulheres que em homens sem a referida doença. Os autores hipotetizaram que a diferença entre os gêneros dever-se-ia a fatores mais comuns em mulheres, como exposição a estressores da vida, disposição para procurar tratamento e liberdade para chorar, além dos efeitos hormonais, perfil dos sintomas depressivos e o mecanismo de lidar com o humor depressivo. Schoevers *et al.* (2000), também chamaram a atenção para a questão metodológica de que se as mulheres, culturalmente, se queixam mais de sintomas depressivos, portanto podem ter escores aumentados, apesar do padrão dos sintomas ser similar aos homens.

A diferença entre os sexos para os sintomas depressivos é mais discriminante entre idosos que entre os mais jovens, segundo Kockler & Heun (2002), porém Ambo *et al.* (2001) encontraram significância estatística entre os sexos apenas para os maiores que 70 anos. Quando a depressão maior, e não mais os sintomas depressivos, foi avaliada; Kockler & Heun (2002) demonstraram que o quantitativo dos sintomas não modificou em relação aos sexos.

A morbidade da depressão é elevada para o sexo feminino (Demura & Sato, 2003), porém, enquanto a mulher tem maior probabilidade de se tornar desabilitada, o homem tem de morrer (Yaffe *et al.*, 2003).

A convivência com companheiro, independente do estado civil, é fator protetor para os transtornos do humor (James & Stanley, 1986) e o fato de não ser casado associado à presença de sintomas depressivos (Schneider *et al.*, 2000; Wurff *et al.*, 2004). Pang & Lee (1994) relataram em estudo sobre depressão e sintomas depressivos em imigrantes coreanos nos Estados Unidos, que os indivíduos casados apresentavam menor probabilidade de depressão, semelhante ao estudo saudita onde ser divorciado ou viúvo apresentou maior associação com sintomas depressivos (Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999).

#### **III.3.4. Escolaridade**

Nesse mesmo estudo saudita foi evidenciado que a pouca instrução estava associada com sintomas depressivos e um outro estudo brasileiro demonstrou que uma maior escolaridade é fator protetor para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Gazalle, *et al.*, 2004), sendo os indicadores de classes sociais inversamente relacionados a sintomas depressivos, segundo James & Stanley, 1986.

#### **III.3.5. Raça**

A prevalência de transtornos depressivos não se modifica em relação à raça (Yaffe *et al.*, 2003). Porém, Blazer *et al.* (1998), demonstraram padrões sintomatológicos distintos entre idosos americanos brancos e de origem africana, com uma maior ocorrência de alterações do sono, fadiga, culpa, redução da capacidade de concentração e pensamento de morte para os primeiros e principalmente alterações psicomotoras e do apetite para os idosos

ples comparação de frequência entre raças não retrata a diversidade étnica em relação à sintomatologia depressiva.

Wurff *et al.* (2004), demonstraram que a origem étnica para marroquinos e turcos vivendo na Holanda foi um importante fator independente associado a sintomas depressivos em relação aos holandeses nativos, especialmente para os turcos.

### III.3.6. Local de Moradia

Em relação ao local de moradia, se urbano ou rural, Dufouil *et al.* (1995) *apud* Lépine & Bouchez (1998), sugeriram não haver diferença entre as duas populações. Al-Shammari & Al-Sabuie (1999), relataram maior prevalência de sintomas depressivos em áreas rurais ou remotas e Swenson *et al.* (2000), identificaram mais homens deprimidos na área rural que na urbana (sem diferença para as mulheres). Inversamente, Kim *et al.* (2004) em estudo coreano evidenciaram que a idade e o sexo estavam associados à depressão apenas na zona urbana, quando sugeriram que a redução do suporte social ou o desconhecimento das regras locais podem ser importantes componentes dessa morbidade urbana aumentada.

### III.3.7. Estado Ocupacional

A não inserção no mercado de trabalho, segundo Al-Shammari & Al-Sabuie (1999) e Gazalle *et al.* (2004), determina uma maior frequência de sintomas depressivos.

## III.4. COMORBIDADES

ressivos estão presentes na vigência de uma outra doença, atribuem-se freqüentemente os sintomas à doença clínica (doença arterial coronariana - DAC, asma, câncer, diabetes) e não à depressão, comprometendo a adequada abordagem terapêutica (Charlson & Peterson, 2002). Craen *et al.* (2003), destacaram que para os idosos idosos, este comportamento é ainda mais comum, associando-se a atribuição dos sintomas não apenas à comorbidade, mas também aos eventos adversos da vida.

Os indivíduos com DAC apresentam uma pior qualidade de vida quando a depressão também está presente. Os pacientes com câncer que sentem desamparo e desesperança, têm pior prognóstico e nos asmáticos e diabéticos, o impacto adverso da depressão independe da capacidade funcional do indivíduo. Adicionalmente, a depressão tem impacto negativo na função e a taxa de sintomas depressivos aumenta com o aumento das comorbidades (Charlson & Peterson, 2002).

Os estudos realizados para demonstrar associação de sintomas depressivos com declínio cognitivo são conflitantes (Paterniti *et al.*, 2002) e existe uma intersessão de sintomas entre depressão, demência e dano cognitivo (Purandare *et al.*, 2001).

Essas associações não necessariamente são fatores de risco para a depressão ou para um outro diagnóstico presente. Segundo Krishnan (2002), a depressão está presente em 20% dos indivíduos com infarto agudo do miocárdio - IAM; 25% dos que têm câncer; 20% dos pacientes com doença de Parkinson; 10% com doença de Alzheimer e 25 a 50% dos que sofreram um acidente vascular encefálico - AVE, sendo que a freqüência pode aumentar quando a lesão ocorre no hemisfério esquerdo, mas só existe correlação da depressão com a topografia da lesão se ocorrer precocemente (menos que 12 meses), valendo destacar que a depressão não tem relação com a desabilidade ocorrida;

### III.5.1. Fatores de Risco para Depressão

Os estudos de fatores de risco para transtornos depressivos são, em geral, de corte transversal e não longitudinais, podendo assim estabelecer uma co-ocorrência de eventos, sugerindo assim um aumento da possibilidade, mas não uma determinação de causa e efeito. Porém existem duas importantes referências sobre fatores de risco psicossociais e biológicos, que merecem destaque (Krishnan, 2002; Bruce, 2002).

A arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL), é uma entidade nosológica cujos sintomas de depressão fazem parte integralmente do seu quadro clínico, podendo compor a sintomatologia inicial ou aparecer durante o curso da doença, assim como o AVE e a demência. Sendo assim, este é um dos poucos fatores de risco genéticos para depressão. Ou seria a depressão apenas um sintoma da CADASIL? Interroga Krishnan (2002)

Também Krishnan, 2002, encontrou significância estatística para o desenvolvimento de depressão em indivíduos com leucoencefalopatia na região pré-frontal medial orbital e na cápsula interna à esquerda. A doença cerebrovascular, enfim, precipita, predispõe e perpetua a depressão no idoso (depressão vascular), por alterações nas vias frontoestriatais, incluindo a regulação da serotonina e da noradrenalina (Alexopoulos, *et al.*, 2002; Schnittker, 2004).

A associação entre eventos de vida e transtornos depressivos parece mais positiva quando as doenças são consideradas como eventos de vida já que não são eventos puramente biológicos, mas também sociais.

estabeleceram que 75,0% dos pacientes com Alzheimer experimentam ao menos um sintoma depressivo no primeiro ano da doença, 67,7% no segundo ano e 75,6% no terceiro ano e uma prevalência de depressão de 19,1%, 14,5% e 16,7% nesses mesmos períodos. Os dados encontrados possibilitaram outras três interpretações aos autores: os sintomas depressivos seriam uma manifestação precoce da demência; seriam uma reação à percepção do déficit cognitivo ou teriam efeito na progressão do déficit cognitivo.

Bruce (2002), em estudo sobre fatores de risco psicossociais para transtornos depressivos em idades avançadas, definiu fator psicossocial como as experiências de vida e o contexto ambiental no qual o indivíduo vive que, quando relacionados longitudinalmente a uma possibilidade aumentada ou reduzida de ocorrência de transtorno depressivo, são considerados fatores de risco. Paralelamente, o evento negativo que seria o propulsor da doença, foi definido como a experiência desestabilizadora que necessita de mudança e ajuste, onde afloram emoções negativas, apresentando níveis variáveis de indesejabilidade, magnitude e controle da situação, duração e ameaça à vida. O autor hipotetizou que um novo problema de saúde simbolizaria o avançar da idade e o senso de mortalidade e chamou a atenção para que a maioria dos indivíduos que experienciam um risco psicossocial, não desenvolve qualquer transtorno depressivo, mas destaca fatores de risco que merecem observação.

A morte de um ente querido apresenta-se como uma relação consistente para o desenvolvimento de transtornos depressivos, já descrito por Al-Shammari & Al-Sabuie (1999), na dependência das condições do óbito e das adaptações no pós-morte. O risco em relação à morte do cônjuge é de 24,3 vezes para um ano, 9,0 vezes após dois anos e 3,1 vezes no terceiro ano, quando controlado por história prévia. O cônjuge que era cuidador, com carga sobre si, não está sob risco, de modo diferente de quem não era cuidador, ou o era, mas não

expectativa de morte do cônjuge não é preditor de

transtornos depressivos.

A depressão e a desabilidade apresentam uma relação recíproca. Os idosos da comunidade apresentaram risco de depressão de 4,2 vezes em um ano além de risco de um novo episódio. No entanto, a desabilidade tem potencial depressor maior nos mais jovens (50 anos), pois esses não esperam uma doença crônica, enquanto os mais idosos sim.

Liu *et al.*, 1997, encontraram maior prevalência de sintomas depressivos associados à desabilidade para as atividades da vida diária, função cognitiva reduzida e presença de doenças crônicas, sendo a primeira, a que apresentou associação mais consistente

Sobre os traumas psicológicos como fatores de risco para transtornos depressivos em idosos, há uma limitação de literatura, face ao mecanismo de ocorrência desses, mas sabe-se que são mais importantes quando afetam grandes grupos e são intencionais, como guerras, campos de concentração e terrorismo.

Tafaro *et al.* (2002), em estudo realizado com 157 centenários, demonstraram associação dos sintomas depressivos com desempenho nas atividades da vida diária - AVDs, quantitativo elevado de doenças crônicas, pouco contato social, baixo grau de satisfação sobre o uso de tempo, limitação social por perda auditiva, uso de óculos, história de queda com injúria e baixo escore de mobilidade; concluindo que os idosos centenários estão distantes de um conceito negativo e que a gravidade da depressão parece depender do estado de saúde, não pelas doenças, mas pela influência destas na autonomia e manutenção do desempenho social.

Os indivíduos deprimidos com comorbidades, especialmente doenças crônicas, apresentam menor capacidade social e cognitiva, menor rede de apoio social e menor aderência ao tratamento proposto, segundo Schulz *et al.* (2002).

O suporte social é um construto multifatorial que envolve várias dimensões de percepção, estrutura e comportamento. Schneider *et al.* (2000), identificaram que os

cas ou depressão maior tinham pouco contato com as pessoas que eles elegeram como as mais importantes. Miller *et al.* (2004), relataram que a falta de um suporte social adequado foi a variável mais importante associada à depressão em americanos de origem africana.

Um estudo realizado na Holanda em 2001, demonstrou, após ajuste por sexo e idade, significância estatística como fatores de risco para depressão, a morte de um ente querido, história de abuso sexual e stress. Todos os idosos deste estudo experienciaram ao menos um evento negativo durante a vida e 60% deles relataram pelo menos um evento no último ano. Os sintomas depressivos eram mais numerosos nos idosos que tinham acumulado um quantitativo maior de eventos negativos e quando esses ocorriam na maturidade ou na velhice. O acúmulo de stress, portanto, aumenta o humor depressivo, sendo importante investigar o quantitativo de eventos negativos durante a vida (Kraaij & Wilde, 2001). Por outro lado, os autores referem que os deprimidos relatam mais eventos negativos (secundários ao próprio estado de humor) que os não deprimidos, e que esses podem ser mais numerosos pelo ambiente social por eles criado. Esses mesmos indivíduos podem, inclusive, pela percepção distorcida, responder equivocadamente aos questionários autoaplicáveis.

Segundo James & Stanley (1986), o tipo de evento adverso na vida tem mais correlação com o desenvolvimento de sintomas depressivos, que o quantitativo destes, sendo os mais importantes o suporte social e os eventos de saúde. As variáveis sócio-demográficas e familiares, no entanto, não contribuíram para o desencadear de um episódio depressivo.

Em relação aos eventos de saúde, um forte preditor de risco para novos episódios de depressão, é o episódio depressivo em curso (Parashos *et al.*, 2002). Ritchie *et al.* (1999) identificaram, em um estudo de pacientes com dano cognitivo subclínico, que esses estão sob maior risco para o desenvolvimento de depressão

le é precária e o suporte social pobre, o idoso está particularmente sob risco para depressão (Parashos *et al.*, 2002), pois o suporte social além de ter um efeito direto nos sintomas depressivos, tem a capacidade de modelar os efeitos das perdas materiais e interpessoais. Assim, os indivíduos com um bom suporte social podem estar protegidos dos efeitos deletérios sociais da doença, como isolamento, dano econômico e inabilidade para as funções sociais (James & Stanley, 1986).

Em estudo sociológico americano, sobre mulheres (qualquer idade) e sintomas depressivos, realizado por Chen, *et al.* (2004), foi demonstrado que com exceção da participação política, os indicadores de status feminino na sociedade, como emprego, salário, autonomia econômica e direitos reprodutivos (planejamento familiar e aborto), quando frágeis, foram significativamente associados a sintomas depressivos.

### **III.5.2. Sintomas Depressivos como Fator de Risco**

Além de se associar, em alguns casos, com outras doenças, a depressão pode se comportar como fator de risco para novas situações, como o aparecimento de doenças adicionais, o comprometimento da funcionalidade ou da cognição; piorando a qualidade de vida e também a mortalidade.

Segundo Parashos *et al.* (2003) e Miller *et al.* (2004), os indivíduos deprimidos são mais susceptíveis a síndromes de fragilidade e a um maior risco de câncer, insuficiência coronariana, AVE, efeitos das comorbidades, mortalidade por suicídio ou não, sensação de bem estar, redução da qualidade de vida, problemas nutricionais, danos sociais e funcionais.

Fuhrer, *et al.* (2003) conseguiram demonstrar, em um estudo longitudinal, de oito anos, sobre sintomas depressivos e incidência de demência, em idosos de zona urbana e rural no sul da França, que a presença de sintomas depressivos durante o período do estudo,

de demência, especialmente do tipo Alzheimer (para o sexo masculino), não tendo relação com história de depressão no passado. Porém, os resultados sugerem que apenas o subtipo de depressão vascular seria fator de risco para demência, podendo refletir uma doença vascular subjacente e não reconhecida, incluindo lesões cerebrais e multiinfartos que poderiam se adicionar, ampliar ou acelerar a degeneração cerebral secundária a, ou em conjunto com o processo da demência de Alzheimer. Corroborando esses dados, os homens que apresentaram sintomas depressivos persistentes a despeito do tratamento, apresentaram maior risco de demência de Alzheimer.

Ambo *et al.* (2001), relataram risco de declínio cognitivo maior entre idosos com mais sintomas depressivos, no seguimento de três anos, independente do status inicial dos sintomas, além de chamarem a atenção para que a prevalência de depressão é maior entre indivíduos dementes em relação aos não dementes, dados estes corroborados por Purandare *et al.* (2001).

Os sintomas depressivos apenas se associam com declínio cognitivo quando são persistentes. Paterniti *et al.* (2002), demonstraram que os idosos que mantiveram os sintomas depressivos na avaliação de seguimento, apresentaram chance duas vezes maior de ter declínio cognitivo e Purandare *et al.* (2001), afirmaram que a depressão é fator de risco para demência. Por outro lado, o fato de muitos idosos deprimidos usarem benzodiazepínicos concorre para a piora do déficit cognitivo.

Estudos prospectivos demonstraram que apesar do tratamento da depressão melhorar os sintomas cognitivos, indivíduos diagnosticados como pseudodementes, tornaram-se dementes no seguimento, especialmente aqueles sem história prévia de qualquer distúrbio psiquiátrico (Purandare *et al.*, 2001; Alexopoulos *et al.*, 2002).

Em 2001, Purandare *et al.*, demonstraram menor densidade neuronal e menor atividade neuroquímica em pacientes com depressão e demência, em comparação aos

Alzheimer, porém sem depressão. Ao contrário, nenhuma alteração anatomo-patológica adicional foi encontrada no cérebro de indivíduos com declínio cognitivo e sintomas depressivos em relação aos sem declínio cognitivo, em um estudo americano com 130 padres, freiras e irmãos, onde foi realizada avaliação clínica anual, incluindo questionário para depressão e déficit cognitivo, além de estudo do cérebro após a morte, sugerindo que a associação de depressão com déficit cognitivo é independente de degenerações neurofibrilares e placas senis (Wilson *et al.*, 2003).

Em 1999, no entanto, Ritchie *et al.*, já tinham demonstrado que existe redução do fluxo sanguíneo na região temporal esquerda e no hipocampo, bilateralmente, em pacientes com demência do tipo Alzheimer e depressão, mais significativa que naqueles também com Alzheimer, porém sem depressão.

Charlson & Peterson (2002) chamaram a atenção de que apesar de vários estudos estabelecerem correlação positiva entre depressão e doenças específicas, a maioria deles não levou em consideração outras comorbidades. Incluem-se neste elenco estudos importantes, como o *National Health and Nutrition Examination Survey I* (NHANES I), o qual estabeleceu que os sintomas depressivos aumentam a taxa de doença coronariana em 10 anos. O *Systolic Hypertension in the Elderly Project* (SHEP) que demonstrou que pacientes com sintomas depressivos no início do estudo, tiveram chance dobrada de desenvolver insuficiência cardíaca em cinco anos e que o quantitativo de sintomas depressivos era diretamente proporcional à taxa de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Também o *The Baltimore Epidemiologic Catchment Area* (ECA), estudo holandês com 27 anos de seguimento, demonstrou relação positiva entre depressão maior e infarto agudo do miocárdio. A própria Charlson propôs em 1987 uma tabela de escore desenhada para aferição de impacto de doenças na mortalidade em longo prazo, uma vez que concluiu que paciente com comorbidades tinha maior probabilidade de ser deprimido ou de se tornar deprimido, tendo em

entre depressão e doenças crônicas; relação esta também estabelecida por Alexopoulos *et al.* (2002). No entanto, as doenças podem aumentar os sintomas depressivos, mas este aumento é insuficiente para atingir os critérios diagnósticos para depressão (Schnittker, 2004).

Apesar do mecanismo de causa e efeito entre depressão e AVE não estar ainda bem estabelecido, a correlação entre sintomas depressivos e possibilidade de AVE foi estudada por Jonas & Mussolino (2000), em pacientes oriundos do estudo NHANES, tendo sido estabelecida associação positiva, especialmente para os negros (ambos os sexos) e brancos do sexo masculino, independente da idade; proporcional ao número de sintomas (50 a 160% de aumento nos indivíduos com sintomatologia importante) e em especial à presença de desesperança. A depressão pode ainda afetar outros fatores de risco para ela própria, como o aumento do tabagismo e a redução da atividade física. Por outro lado, o fato de não ter sintomatologia depressiva não protegeu contra AVE, levando os autores a acreditar se tratar de doença vascular

Outra área de estudo é a desabilidade como consequência da depressão. Kivelä & Pahkala (2001), demonstraram em estudo com cinco anos de seguimento, que idosos que desenvolveram depressão no período de acompanhamento, apresentaram maior risco de desenvolver desabilidades físicas, inclusive pela consequência negativa da depressão no processo de reabilitação de doenças clínicas, como AVE, infarto agudo do miocárdio - IAM, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC e fratura de fêmur. A melhora da desabilidade está condicionada à melhora da depressão, existindo três possibilidades para esta relação: endócrina, neurológica e imune (Yaffe *et al.*, 2003), através do aumento do tono simpático, da redução do tono vagal e da imunossupressão, respectivamente.

Stek *et al.* (2002), também encontraram correlação entre sintomas depressivos e doença cardiovascular e com nenhuma outra doença, em uma população de idosos idosos,

comunidade, concluindo que os fatores de risco não são importantes nesta faixa de idosos.

Em pacientes gravemente doentes, o humor deprimido é um preditor de mortalidade, assim como a idade, a comorbidade e a funcionalidade (Charlson & Peterson, 2002). Schulz *et al.* (2002) sugeriram um modelo em cascata do processo que a depressão pode levar à morte, em quatro níveis: riscos comportamentais, riscos biológicos, doença subclínica e doenças prevalentes. Yaffe *et al.* (2003), hipotetizaram que os sintomas depressivos estão mais associados à mortalidade pois o deprimido cuida menos de sua saúde.

Em estudo de revisão sistemática da literatura compreendida entre 1997 e 2001, sobre a depressão como fator de risco para mortalidade por causas gerais, excluindo o suicídio, Schulz, *et al.* (2002) demonstraram, após análise de 61 outros estudos, uma correlação positiva, sendo que a correlação melhor estabelecida foi a de depressão com doença cardiovascular, independente do sexo; enquanto Fuhrer *et al.* (2003), encontraram tal correlação apenas para homens. O referido estudo seguiu a mesma linha metodológica de Wulsin *et al.* 1999, *apud* Schulz, 2002 que também havia demonstrado que entre os estudos de 1966 a 1996, a maioria (51%) apresentava associação positiva entre depressão e mortalidade, enquanto 23% evidenciavam uma relação negativa e 26% resultados mistos. Neste mesmo estudo, os autores chamam a atenção para a possibilidade de viés de publicação, pois os estudos com associações positivas são mais publicados que os que demonstram relação oposta.

A mortalidade da depressão é maior para homens que para mulheres, ainda não existindo uma explicação clara sobre esta questão, apesar de várias possibilidades aventadas: os homens têm mais doença cardiovascular - DCV e estas são mais afetadas pela depressão; são menos instrumentalizados para lidar com a desesperança e a depressão; têm maior propensão ao suicídio e, por fim, as mulheres falam mais sobre seus sintomas e aceitam ajuda

000). A depressão maior em idosos hospitalizados é fator

de risco para mortalidade trinta meses após o diagnóstico, segundo Ambo *et al.* (2001).

As tentativas de suicídio são mais prevalentes em indivíduos mais jovens, porém sua letalidade é maior em idosos (Lépine & Bouchez, 1998, Almeida & Almeida, 1999; Alexopoulos, *et al.*, 2002).

### III.6. CUSTOS

Outros fatores que se associam à carga determinada pelos transtornos depressivos que não preenchem os critérios para diagnóstico de doença, são a possibilidade de complicações de outras patologias existentes, o desenvolvimento de incapacidades e o ônus financeiro gerado para o próprio indivíduo, sua família, os serviços de saúde e a sociedade.

Uma avaliação de custo por seis meses da população idosa com sintomas depressivos, porém sem critérios para depressão maior ou distímia pelo DSM IV (Wayne J. *et al.*, 2003) demonstraram que assim como para os deprimidos, os pacientes com sintomas depressivos apenas, tiveram custos ambulatoriais de 43 a 52% maior e custos totais em saúde de 47 a 51% maior, quando controlados por comorbidades. Este achado refere-se a todas as esferas examinadas: visitas às unidades básicas de saúde, com ou sem diagnóstico psiquiátrico; exames diagnósticos; consultas a especialistas; consultas em unidades de emergência e farmacoterapia antidepressiva ou para outras doenças. Os fatores responsáveis sugeridos foram a piora da aderência e do curso da doença clínica na vigência de depressão. Já Borson *et al.* (1986), demonstraram aumento do número de consultas a especialistas e serviços de emergência, porém sem alterações no que se refere às consultas básicas e internações para uma população com mais que 11 anos de escolaridade e com doenças crônicas, demonstrando,

os escores no instrumento aplicado com a utilização de serviços de saúde. Yaffe *et al.* (2003), também concordam que depressão é uma doença cara, especialmente quando associada a comorbidades (Charlson & Peterson, 2002).

A sociedade e os governos devem juntar esforços para melhorar a estatística relacionada à depressão, especialmente nas populações que envelhecem com características epidemiológicas desafiadoras, através da melhoria do suporte social e do rastreamento das patologias potencialmente incapacitantes, por meio de métodos clínicos e intervenções de saúde pública, garantindo o acesso a serviços apropriados.

O tratamento da depressão além de reduzir a prevalência e a carga da doença, reduz custos (Borson *et al.*, 1986), melhora a sobrevivência e reduz fatores associados a outras doenças prevalentes e de alta mortalidade para a faixa etária em questão, como o tabagismo, a ingestão alimentar excessiva, o isolamento social, a irritação e a agressividade.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Santo Estêvão ó Bahia, localizado a 147 Km de Salvador, capital do estado (**ANEXO I**), o qual apresenta características sócio-demográficas semelhantes a grande parte do Brasil, como uma importante área rural inserida no polígono da seca - onde reside 52,1% da população ó com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,649. O fato do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) estarem implantados e cobrindo 90% e 70% da área territorial, respectivamente, e mais da metade da população, contribuíram para a seleção do município, assim como as facilidades logísticas encontradas.

A Prefeitura Municipal de Santo Estêvão estabeleceu como prioritária a implantação progressiva do PACS nas localidades mais distantes do aglomerado urbano ou que fossem economicamente menos favorecidas. A princípio, todos os indivíduos aí residentes, devem ser cadastrados no PACS, ficando à parte desta estratégia de atenção básica em saúde, aqueles que a recusam ou que não são encontrados.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em dezembro de 2003 havia 4.077 indivíduos idosos em acompanhamento pelo PACS no município de Santo Estêvão. Como a meta anual de cobertura é de 50% da população recebendo ao menos duas visitas domiciliares (SESAB, 2004), a população estimada para o estudo foi de 2.039 (50% do total cadastrado no PACS), sendo solicitado aos ACS que priorizassem o atendimento no período da coleta, inicialmente prevista para 30 dias, mas estendida para 60 dias, para que a meta fosse atingida.

divíduos (99,26% da amostra proposta), dos quais 31 (1,53%) não aceitaram participar, 11 (0,54%) foram excluídos da etapa da entrevista (1 por surdez, 6 por déficit cognitivo e 4 por doença clínica debilitante) e outros 38 (1,88%) questionários não foram incluídos por preenchimento incorreto.

A sensibilização para o projeto atingiu, em três etapas distintas, gestores municipais, enfermeiras do PSF, instrutores do PACS, líderes comunitários e ACS. Nestas oportunidades os objetivos do estudo foram esclarecidos, contando com exposição sobre demência e depressão. Por fim, as enfermeiras e os ACS participaram de treinamento, com duração de três horas, para aplicação do questionário. Nesta oportunidade, receberam o material para entrevista constante dos questionários (**ANEXO II**), termos de consentimento livre e esclarecido (**ANEXO III**), apostila com esclarecimentos sobre o preenchimento do questionário, contendo algumas das dúvidas mais comuns e as possíveis respostas para cada uma das variáveis (**ANEXO IV**), classificador, lápis e borracha. As enfermeiras foram responsáveis pelo elo entre os quarenta e sete ACS e os pesquisadores, caso alguma dúvida surgisse antes da visita semanal da equipe de pesquisadores.

Foram considerados elegíveis todos os indivíduos maiores que sessenta anos residentes nas áreas cobertas pelo PACS, no município, e que fossem encontrados no domicílio durante o período da coleta dos dados, nos turnos de trabalho dos ACS. Os critérios de exclusão foram a presença de privação sensorial ou déficit cognitivo, importantes o suficiente para comprometer a comunicação e, conseqüentemente, o uso do instrumento, na opinião da família ou na avaliação do agente comunitário de saúde.

Foi realizado um teste piloto do questionário com dez idosos, motivando a melhoria deste, como a inclusão de dados sobre a duração e atribuição dos sintomas.

entre agosto e outubro de 2004. A entrevista foi realizada

nos domicílios dos indivíduos participantes, pelo respectivo ACS da área, como parte da visita periódica estabelecida pela equipe. Apenas o idoso podia responder às perguntas da GDS.

Todos os indivíduos, antes de responderem ao questionário, eram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo ACS. Só após a assinatura deste, o questionário era aplicado.

O estudo foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), e ao Curso de Pós Graduação em Medicina e saúde (CPgMS) pela agilidade dos seus trabalhos, sendo aprovado através do parecer / resolução nº 40 / 2003 de 10 de setembro de 2003 (**ANEXO V**). Após de aprovado, o estudo recebeu recursos da Secretaria da Saúde do estado da Bahia e apoio da UFBA e da Prefeitura Municipal de Santo Estêvão.

Foram definidas como variáveis independentes as sociodemográficas, cada uma das questões da GDS 15, a duração dos sintomas e a atribuição destes; e como variável dependente o escore final do instrumento, estabelecendo como referência para considerar clinicamente significante qualquer escore igual ou maior que cinco sintomas.

A idade foi considerada a referida pelo próprio indivíduo e em caso de dúvida, o documento de identidade era consultado. O estado civil registrado correspondeu também à informação obtida, porém só era considerado casado ou separado se havia registro civil. Para reduzir a possibilidade de comprometimento na análise por viés de informação, foi introduzida uma nova variável referente à convivência com algum companheiro. Os dados referentes à raça tiveram como parâmetro unicamente a cor da pele. Foi definido como aposentado o indivíduo que não possuía nenhuma outra ocupação e recebia algum benefício. Em havendo, predominou a atividade referida.

Existiam apenas sete equipes de saúde implantadas, sendo as outras duas implantadas depois de iniciada a coleta dos dados, as informações referentes ao local de moradia referem-se apenas às sete equipes iniciais, duas urbanas (Urbis e Clóvis Magalhães) e cinco rurais (Modelo, Cabeça da vaca, Lagoa pequena, Paulista e Sítio do Aragão).

As perguntas da GDS permitiam respostas dicotômicas do tipo sim/não. Os questionários nos quais havia mais de cinco respostas da GDS 15 em branco, foram excluídos. Nos casos em que havia de uma a quatro questões não respondidas, essas foram assumidas como não sugestivas de depressão, uma vez que não foram computadas no escore final.

O tempo de sintomas possibilitava uma resposta aberta, assim como a atribuição dos sintomas, cabendo ao entrevistador encaixar nas alternativas cabíveis ou registrar no campo outros, para a atribuição.

Trata-se portanto, de um estudo descritivo do tipo corte transversal onde foram utilizadas como medidas de localização os percentis e as medidas de tendência central (média e mediana) para as variáveis contínuas e a proporção e porcentagem para as variáveis categóricas. Para as medidas de dispersão foram utilizados a amplitude e o desvio-padrão. As diferenças de médias foram avaliadas pelo teste *t* de *Student* e as razões de proporções pela razão de prevalência e teste do qui quadrado.

Os dados provenientes do questionário foram inseridos em planilha do *software Statistical Package for Social Science - SPSS 9.0 for windows* e por ele analisados.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## ARTIGO 01

Prevalence of depressive symptoms in an elderly rural Brazilian population. International Journal of Geriatric Psychiatry. (Submetido, *vide* Normas de Publicação no **ANEXO VI** e resposta da carta ao editor, no **ANEXO VII**)

## BRAZILIAN POPULATION

Frank M; Peixoto J; Magalhães M; Cardoso E; Melo A

## INTRODUCTION

The population is aging worldwide, and this is particularly worrisome in developing countries. In addition, chronic diseases have become one of the main causes of morbidity and mortality. Among those, mental disorders are to be mentioned, particularly depression, which is the main cause of years lived with disabilities (World Health Organization - WHO, 2001).

Symptoms of depression include depressed mood, loss of interest and pleasure, appetite change or weight loss, insomnia or hypersomnia, loss of energy, difficulties with concentration or decision making, recurrent thoughts about death and suicide, psychomotor agitation or retardation and feelings of worthlessness or guilt, among others. There are, however, instances in which symptoms do not match the established criteria for mood disorders, but are impairing, nonetheless. Literature reports this either as a sub-syndrome, or just as depressive symptoms that are chronic and may reflect the prodromal or resolute stage of a depressive episode, the former occurring more often than the latter. (Schneider *et al.*, 2000; Alexopoulos *et al.*, 2002 and Judd & Akiskal 2002).

Populational studies report a prevalence of depressive symptoms ranging from 9.0% to 40.2%, and of depressive disorders from 2.7% to 13%. Such significant

tion features, the definition of elderly individual, and the tools selected. (Kay *et al.*, 1985; Lobo *et al.*, 1995; Liu *et al.*, 1997; Blazer *et al.*, 1998; Newman *et al.*, 1998; Schoevers *et al.*, 2000; Steffens *et al.*, 2000; Swenson *et al.*, 2000; Ambo *et al.*, 2001; Kivelä & Pakkala, 2001; Miller *et al.*, 2004).

The high prevalence of depressive symptoms in tandem with the individual load of under-diagnosed depressive disorders (therefore left untreated or are wrongly approached) requires data from specific populations to be known, in order to implement WHO recommendations and the 1997 consensus (Lebowitz *et al.*, 1997). The purpose is to reduce suffering and to improve functional capability, thus improving the quality of life of patients, and to promote a rational use of health services, which should be staffed with personnel qualified to meet the new demands from an aging population.

## MATERIAL AND METHODS

The study was carried out in the city of Santo Estêvão, located in a very poor, semi-arid area in the Brazilian Northeastern region, with long periods of drought and a Human Development Index (HDI) of 0.649, and with 52.1% of its inhabitants living in the rural area.

In 2002, there were 3,560 elderly individuals (sixty and over) in the city (8.19% of the total population). The targeted population was 50% of the elderly individuals who were visited by Community Health Agents (CHA), some 2,039 people. Over the study period, 2,024 (99.3%) of the elderly were contacted; from these, 31 (1.5%) did not agree to take part in it, 11 (0.5%) were excluded (1 due to deafness, 6 due

and 4 due to medical conditions); 38 (1.9%) questionnaires were not assessed due to incorrect filling of the forms. The final sample, of 1,944 individuals, was 95.3% of the sample initially expected.

The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS 15) was selected; as it was developed targeting the elderly population, it can be applied easily and swiftly, it has validated versions for many languages, including Portuguese (Ganguli *et al.*, 1999), and its sensitivity and specificity to diagnose depression ranges from 84.0% to 96.0% and 70.0% to 90.0% respectively (Liu *et al.*, 1997; Meara *et al.*, 1999; Alexopoulos *et al.*, 2002 e Chow *et al.*, 2004). GDS indirectly establishes the severity and stratifies the following groups: up to 4 symptoms, lack of medically relevant symptoms; from 5 to 7 symptoms, mild disease; from 8 to 9 symptoms, moderate disease; and 10 or more, severe depression (Almeida & Almeida, 1999).

The interviews were carried out upon approval by the Ethics Committee and agreement by the elderly, in their homes, between August and October of 2004, by CHAs trained to apply the tool selected.

Descriptive statistics was used for analysis. Continuous variables were assessed through location (mean, median and percentiles) and variation (range and standard-deviation) measures. Qualitative variables (dichotomics and categoricals) were assessed by means of proportions and percentages. The differences of the means were calculated by *Student's t* test, and of proportions by the chi-square ( $\chi^2$ ) test. The possibility of type-1 error was established in 5.0% ( $P < 0.05$ ). Data were entered in a spreadsheet of the software SPSS version 9.0 *for Windows*, 1998.

Data from 1,944 elders were assessed, corresponding to 47.68% of the elderly population assisted by the city's CHAs. Mean age was of  $71.9 \pm 8.2$  years, and median age was of 70.5 years, ranging from 60 to 104 years. Females were 61.4% of the sample, and males, 38.6%. The proportion of illiterate individuals was 65.5%, and only 2.3% had more than 4 years of formal education. Mulatto individuals comprised 58.1% of the sample; blacks, 32.3% and whites, 9.6%. Fifty-six point nine percent (56.9%) lived with a spouse. Retired individuals comprised 69.5% of the sample; rural workers, 26.7%; home-makers, 2.0%; and 1.8% had other jobs. The GDS 15 final scores ranged from zero to 15; depressive symptoms averaged 5.2 symptoms (5.5 for females, 4.7 for males); median was of 5.0 and percentages of 25, 50 and 75 of 4.0, 5.0 and 7.0, respectively (Table 1).

The mean age of individuals with 5 or more depressive symptoms was  $72.7 \pm 8.5$  years; 67.0% were females; 50.3% lived with a spouse; 71.7% were illiterate; 56.7% were mulattos; and 68.4% were retired (Table 1). Among those with a job, 84.7% were rural workers.

When the cut-off point of the GDS score was considered as 8 or more symptoms, and as 10 or more symptoms, the frequency of females, of unmarried or single-living individuals, and of rural workers increased (Table 1).

The prevalence of medically relevant depressive symptoms in the sample studied was of 59.3%, with 16.7% presenting 8 or more symptoms, and 5.1%, 10 or more symptoms (Graphic 1).

lly significant difference for the mean age of

individuals who presented more depressive symptoms than the cut-off point of 5 or more symptoms and 8 or more symptoms, and for individuals who did not live with a spouse (compared to those who did).

For the cut-off point of 5 or more symptoms, it was statistically significant for females, with Prevalence Ratio (PR) and Confidence Interval (CI) of 1.28 (1.26 ó 1.56); old old, 1.21 (1.12 ó 1.32); illiterate individuals, 1.35 (1.23 ó 1.47), and unmarried, 1.27 (1.17 ó 1.37) or single-living individuals 1.30 (1.21 ó 1.41). For 8 or more symptoms, there was statistical significance for females, 1.83 (1.45 ó 2.31); working individuals, 1.30 (1.05 ó 1.60); illiterate, 1.62 (1.27 ó 2.08); unmarried, 1,54 (1,25 ó 1,90) or single-living individuals, 1.61 (1.30 ó 1.98). When the cut-off point was established for 10 or more symptoms, the statistical significance was: females, 2.05 (1.30 ó 3.25); unmarried, 1.62 (1.08 ó 2.43) and single-living individuals, 1.83 (1.22 ó 2.73) (Table 2).

For all the cut-off points, 70.0%, 75.2% and 72.4% presented symptoms for more than 5 years. About 82.3% of individuals with 5 or more symptoms considered them as related to life events, such as illnesses (43.2%), death of a dear one, financial and family problems. For the cut-off points of 8 and 10 symptoms, the rate was 90.5 and 91.0, respectively, for the same causes.

## DISCUSSION

The WHO, in a document published in 2001, draw attention to the heterogeneity of the prevalence of depression, according to the results of a multicentric study: Athens

5.1%; Ibadam (Nigeria), 4.2%; Manchester (United

Kingdom), 16.9%; Paris (France), 1.9%; Santiago (Chile), 29.5%; and Shanghai (China), 4.0%. This substantiated the presumption of impossibility of generalization of a sample data in studies on prevalence of depression.

The high prevalence of depressive symptoms in the sample of Santo Estêvão, 59.3%, was even higher than the findings in the literature that used different tools, which ranged from 9.0% to 40.2% (Liu *et al.*, 1997; Blazer *et al.*, 1998; Al-Shammari & Al-Subaie, 1999; Ganguli *et al.*, 1999; Swenson *et al.*, 2000; Ambo *et al.*, 2001; Kivelä & Pahkala, 2001; Kraaij & De Wilde, 2001; Stek *et al.*, 2002; Tafaro *et al.*, 2002; Miller *et al.*, 2004), and certainly higher than in the studies that used GDS 15 in samples from the community, ranging from 15.4% to 26.0% (Liu *et al.*, 1997 e Stek *et al.*, 2002), or GDS 30, ranging from 12.8% and 40.2% (Al-Shammari & Al-Subaie, 1999; Ganguli *et al.*, 1999; Kraaij & De Wilde, 2001 e Tafaro *et al.*, 2002). These draw the focus to the features of the population and the possibility of multiple risk factors concurrently.

The profile of the population of Santo Estêvão presents risk factors for disease, such as age, low educational background and poor sanitation conditions, with water-piping for only 45.5% of the population, and garbage-collection services in urban area for 68.8%.

From the three Brazilian studies on the prevalence of depression, the population that resembled ours the most was the one from an area of Rio de Janeiro, investigated in a 1994 study, which presented prevalence of 25.8% (Veras, 1994). The study carried out in São Paulo (Almeida & Almeida, 1999) targeted patients treated in a psychogeriatrics outpatient unit of a big city, with prevalence of 20.3%, 25.0% and 18.7%, for mild, moderate and severe disease, respectively, with an average of 7.7 symptoms per

estêvão one, of 5.2 symptoms per individual, probably

due to characteristics of the sample. The study carried out in the state of Rio Grande do Sul (Xavier *et al.*, 2001) targeted a semi-rural community, but whose social indicators were different than the Santo Estêvão ones, and included only old-old individuals, and found a prevalence of 13.0%. In a fourth Brazilian study, the average of symptoms (not prevalence) found through a questionnaire that included 8 typical depression symptoms was of 3.4 symptoms per individual, with interviews made at the home of the respondents, in urban area (Gazzale *et al.*, 2004).

There was a statistically significant difference for women, for the three scores, which is often found in the literature (Pang & Lee, 1994; Lobo *et al.*, 1995; Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Schneider *et al.*, 2000; Schoevers *et al.*, 2000; Stek *et al.*, 2002; Demura & Sato, 2003; Fuhrer *et al.*, 2003; Chen *et al.*, 2004).

However, and opposed to what is suggested by Salonkagas (2002), the difference between genders did not seem to be determined by a methodology bias for selection of the tool, as the issues less addressed and more addressed were the same. It was not determined, either, by the fact that women tend to seek medical care more often, as the tool was applied at homes. Thus, the highest prevalence of depressive symptoms should be actually related to biological, psychological and social factors, as suggested by Pang & Lee (1994).

Statistical significance for elderly individuals older than 80 years was seen for the cut-off point of 5 symptoms; this matches Schnittker data (2004) from a study on chronic diseases and depressive symptoms, when it was demonstrated that age is associated to the increase of the later, becoming less significant only when disability was considered.

Al-Shammari & Al-Sabuie (1999), and Gazzale *et al.*

(2004) demonstrated, that lack of an occupation would determine a higher frequency of depressive symptoms, the elders of Santo Estevão who worked presented more depressive symptoms, but only for the cut-off point of 8 or more depressive symptoms. A possible explanation for this is the fact that 87.5% of the elders who kept working were rural workers, and the physical labor is not compatible with the process of ageing.

Even though those with little formal education were included among the literate ones, there was statistically significant difference, with higher prevalence among the illiterates, for the 5 and 8 symptom scores, a finding also described by Gazzale *et al.*, 2004. However, Serrano & Ferrer (2001) have mentioned the possibility of this association being due to difficulties in understanding the questionnaire's questions.

It was observed in this study that not being married or living single is related to a higher prevalence of depressive symptoms, but not, in the case of the unmarried ones, to a more serious depressive condition. Other studies (James & Stanley, 1986; Pang & Lee, 1994; Al-Shammari & Al-Sabuge, 1999; Schneider *et al.*, 2000 e Wurff *et al.*, 2004) concur with this finding. The lack of proper social support, thus being lonely, is likely to be a contributing factor.

There is no consensus in the literature on where there is higher prevalence, in a rural or an urban milieu, or even if there is a sociological difference between them. In this study, no significant differences were found in the sub-sample from areas where a Family Health Program is being implemented, as it is likely that access to health services and consumables is similar for both groups.

There was no significant predominance of a particular ethnicity, even when the analysis was made with mulattos and blacks in the same group, a finding also made

*t al.* (2003). In the history of the city, there are no reports of migration of specific ethnical groups, being the population a product from internal miscigenation, thus sharing genetic features, and biological or social risks.

Notwithstanding GDS being of easy and swift application, even by lay interviewers or if self-applied (Yesavage & Brink, 1983; Almeida & Almeida, 1999; Ganguli *et al.*, 1999; Rait *et al.*, 1999; Alexopoulos *et al.*, 2002 e Demura & Sato, 2003), many elders had difficulty to answer its questions; many a time it was necessary to repeat the questions, and oftentimes, some were left unanswered. Serrano & Ferrer (2001) suggested that this could lead to wrong answers or establish a response pattern once the difficulties in understanding are perceived, thus compromising the final individual score. However, as GDS allows scoring from affirmative or negative answers, and these are randomly distributed in the questionnaire, this may lessen the possibility of mistakes. Yet, in spite of being validated, this tool should be reviewed, in order to be applied in populations of low educational background, who is not used to handle pencil and paper, and whose visual problems may compromise their good understanding of the task (Serrano & Ferrer, 2001; Ganguli *et al.*, 1999).

On the other hand, comorbidities were not assessed in this study, and these may be accountable for the high prevalence of depressive symptoms in a poor population, with a difficult access to the health system that could enable them to have a successful aging. This may increase the false-positive cases for depression, particularly when considering a cut-off point for 5 or more symptoms (Meara *et al.*, 1999).

The report of 70.0% of individuals with 5 or more depressive symptoms that they had these symptoms for over 5 years show how chronic the complaints were, and the likely association of these to other medical conditions, as 82.3% attributed their

4% to social issues, 43.2% to illnesses), which lead us to believe that even those elders who presented severe depressive symptoms in accordance to the criteria suggested by Almeida & Almeida (1999), may believe they are secondary to a cause other than depression, and not mention it to the physician, who, therefore, will not examine this particular feature.

The results of this study point to a high prevalence of depressive symptoms, suggesting a high likelihood of a medical condition, particularly mood disorders, and, more important, the elders have to live with impairing conditions. Regardless of etiology, the burden of the symptoms makes the elderly ill, thus compromising their health over the remainder of their lives, whose expectancy is increased.

Public policies are, however, necessary to improve diagnostic capability of primary care professionals, in order to identify groups at higher risk, as women, singles, and illiterates, so that better strategies for treatment and follow-up can be designed and established.

## REFERENCES

1. Al óShammari SA, Al-Sabuie A. 1999. Prevalence and correlates of depression among saudi elderly *Int J Geriatr Psychiatry* **14**: 739-47.
2. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, Oslin DW. 2002. Assessment of late life depression *Biol Psychiatry* **52**(3): 164-74.

99. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **14**: 858-65.
4. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S, Sekita Y, Yamadori A. 2001. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the tajiri project *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **16**: 780-8.
  5. Blazer DG, Landerman LR, Hays JC, Simonsick EM, Saunders WB. 1998. Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-american and white older adults *Psychol Med* **28**: 1311-20.
  6. Chen YY, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, Kawachi I. 2005. Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis *Soc Sci Med* **60**: 49-60.
  7. Chow ESL, Kng BMH, Wong MTP, Draper B, Lin KL, Ho SKS, Wong CP. 2004. The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home resident in Hong Kong *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **19**: 734-40.
  8. Demura S, Sato S. 2003. Relationship between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups *J Physiol Anthropol* **22**(3): 159-66.

- gues JF. 2003. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID study *J Am Geriatr Soc* **51**: 1055-63.
10. Ganguli M, Dube S, Johnston JM, Pandav R, Chandra V, Dodge HH. 1999. Depressive symptoms, cognitive impairment and functional impairment in a rural elderly population in India: a hindi version of the geriatric depression scale (GDS-H) *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **14**: 807-20.
  11. Gazalle FK, de Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. 2004. Síntomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil *Rev Saúde Pública* **38**(3): 365-71.
  12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Available in: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Accessed in January, 20th 2005.
  13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ó IPEA. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Available in <[http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idl/atlas\\_idh.php](http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idl/atlas_idh.php)>. Accessed in January, 12<sup>th</sup> 2005.
  14. James P, Stanley AM. 1986. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults *J Abnorm Psychol* **95**(3): 282-91.

The clinical and public health relevance of current

research on subthreshold depressive symptoms to elderly patients *Am J Geriatr Psychiatry* **10**(3): 233-8.

16. Kay DWK, Henderson AS, Scott R, Wilson J, Rickwood D, Grayson DA. 1985. Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates *Psychol Med* **15**: 771-88.
17. Kivelä SL, Pahkala K. 2001. Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age *J Am Geriatr Soc* **49**(3): 290-6.
18. Kraaij V, de Wilde EJ. 2001. Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective *Aging Ment Health* **5**(1): 84-91.
19. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. 1997. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update *JAMA* **278** (14): 1186-90.
20. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Cámara C. 1995. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population *Arch Gen Psychiatry* **52**: 497-506.

- PN, Yang YY, Larson EB, Chou P, Liu HC. 1997. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community *Psychol Med* **27**(4): 943-9.
22. Meara J, Mitchelmore E, Hobson P. 1999. Use of the GDS 15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community *Age Ageing* **28**: 35-8.
23. Miller DK, Malmstrom TK, Joshi S, Andresen EM, Morley JE, Wolinsky FD. 2004. Clinically relevant levels of depressive symptoms in community-dwelling middle aged African Americans *J Am Geriatr Soc* **52**: 741-8.
24. Newman SC, Sheldon CT, Bland RC. 1998. Prevalence and depression in an elderly community sample: a comparison of GMS-AGECAT and DSM-IV diagnostic criteria *Psychol Med* **28**: 1339-45.
25. Pang KY, Lee MH. 1994. Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants *Yonsei Med J* **35**(2): 155-61.
26. Rait G, Burns A, Baldwin R, Morley M, Chew-Graham C, Leger ASS, Abas M. 1999. Screening for depression in African-caribbean elders *Fam Practice* **16**(6): 591-5.

- ζ, Pacriev S, Sohlman B, Lehtinen V. 2002. Gender differences in depressive symptoms an artefact caused by measurement instruments? *J. Affect. Disord.* **68**:215-20.
28. Schneider G, Kruse A, Nehen HG, Senf W, Heuft G. 2000. The prevalence and diferencial diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older *Psychother Psychosom* **69**: 251-60.
29. Schnittker J. 2005. Chronic illness and depressive symptoms in late life *Soc Sci Med* **60**: 13-23.
30. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman TF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Jonker C, Tilburg WV. 2000. Association of depression and gender with mortality in old age *Br J Psychiatry* **177**: 336-42.
31. Serrano MLG, Ferrer JT. 2001. Prevalência de depresión em mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo *Aten Primaria* **27**(7): 484-8.
32. Snowdon J. 2002. How high is the prevalence of depression in old age?. *Rev Brás Psiquiatr* **24** (Supl 1): 42-7.
33. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JCS. 2000. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Arch Gen Psychiatry* **57**: 601-7.

man ATF, van Tilburg W, Westendorp RGJ. 2004.

- Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study *J. Affect. Disord.* **78**(3): 193-200.
35. Swenson CJ, Baxter J, Shetterly SM, Scarbro SL, Hamman RF. 2000. Depressive Symptoms in Hispanic and non-hispanic white rural elderly *Am J Epidemiol* **152**: 1048-55.
36. Tafaro L, Cicconetti P, Zannino Z, Tedeschi G, Tombolillo MT, Ettore E, Marigliano V. 2002. Depression and aging: a survival study on centenarians *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* **8**: 371-6.
37. Veras RP. 1994. País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil. 1. ed., Relume Dumará: Rio de Janeiro, 224p.
38. World Health Organization. The World Mental Health Report 2001 ó Mental Health: New Understanding, New Hope. Available in: <<http://www.who.org>>. Accessed in May, 15<sup>th</sup> 2003.
39. Wurff FB, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff A. 2004. Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands *J. Affect. Disord.* **83**: 33-41.

Bertolucci P, Poyares D, Moriguchi EH. 2001.

Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octagenários *Rev Bras Psiquiatr* **23**(20): 62-70.

41. Yaffe K, Edwards ER, Covinsky KE, Lui LY, Eng K. 2003. Depressive symptoms and risk of mortality in frail, community-living elderly persons *Am J Geriatr Psychiatry* **11**: 561-7.

42. Yesavage JA, Brink TL. 1983. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report *J. Psychiat. Res.* **17**(1): 37-49.

**Objective:** To describe the prevalence of depressive symptoms in an elderly population of a rural community in Brazil.

**Settings:** The city of Santo Estêvão, Bahia located in a drought area in the Brazilian Northeastern region.

**Method:** From a population of 3,560 elderly individuals (sixty years old and over), the study targeted the 2,309 ones who were followed by the Community Health Agents (CHA). During the study period 2,024 elderly subjects were contacted; from these, 80 were excluded. The final sample was 1,944, 95.3% of the sample initially expected.

The instrument selected was the Geriatric Deression Scale in the short version (GDS 15), which was applied by the CHA in the homes of the aged people. Cut off point was established in five depressive symptoms. Descriptive statistics was used for analysis, and the difference of means by *Student's t* test and of proportions by chi-square test. The possibility of type-1 error was established in 5.0%.

**Results:** The mean age was  $71.9 \pm 8.2$  years and the average depressive symptoms 5.2 for the total population. The prevalence of depressive symptoms for each cutpoints was 59.3% (five or more), 16.7% (eight or more) and 5.1% (ten or more). The variables most associated with depression were female gender, aged 80 and older, illiterate, not married and living single.

**Conclusion:** The prevalence encountered is higher than the literature reports. It could be explained by the population profile that includes sociodemographic features associated with depressive symptomatology: aged, female gender, illiteracy and poverty.

**Key words:** depressive symptoms, depression, elderly, aged, prevalence, GDS, community studies.

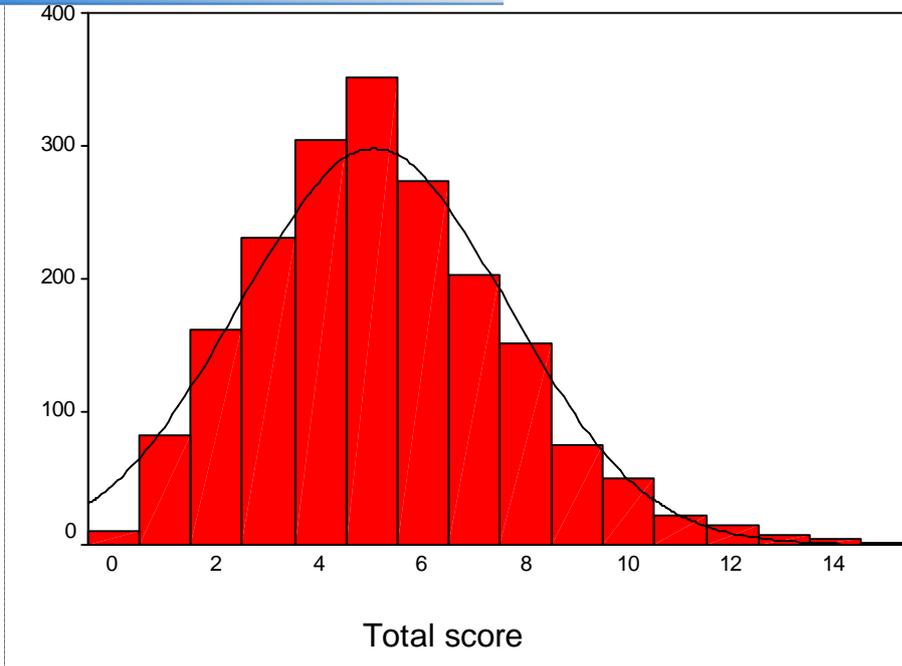
File of the elderly of Santo Estevão, Bahia, Brazil,

according to cut-off points established by GDS 15

	General population (n=1944)	Up to 4 symptoms (n= 791 )	5 + symptoms (n=1153)	8 + symptoms (n=325)	10+ symptoms (n=99)
Mean age (years)	71.9	70.7	74.7	72.9	73.0
Gender (%)					
Male	38.6	47.0	32.6	25.6	23.5
Female	61.4	53.0	66.1	74.4	76.5
Age group (%)					
60 ó 79	82.0	86.5	82.0	78.6	81.2
80 and older	18.0	13.5	18.0	21.4	18.7
Education (%)					
Illiterate	65.5	56.1	71.7	75.3	71.0
Literate	34.5	43.9	28.3	24.7	29.0
Marital status (%)					
Married	46.1	54.7	40.4	35.7	34.7
Unmarried	53.9	45.3	59.6	64.3	65.3
Marital status (%)					
Lives with a spouse	56.9	66.4	50.3	45.2	41.9
Single	43.1	33.6	49.7	54.8	58.1
Ethnicity (%)					
White	9.6	9.2	9.9	8.4	8.4
Non-white	90.4	90.8	90.1	91.6	91.6
Occupation (%)					
Active	30.5	29.3	31.6	36.0	39.6
Retired	69.5	70.7	68.4	64.0	60.4

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

per total score



cal or demographic variables according to cut-off

points established by GDS 15.

VARIABLE		Cut-off point		
		≥5	≥8	≥10
		PR (CI)	PR (CI)	PR (CI)
Gender	Female	65.1	20.3	6.4
	(n=1138)	1.28 (1.26-1.56)***	1.83 (1.45-2.31)**	2.05 (1.30-3.25)**
	Male	50.9	11.1	3.1
Age group	≥ 80 years	68.9	19.8	5.3
	(n = 1110)	1.21 (1.12-1.32)***	1.24 (0.98-1.59)	1.05 (0.64-1.74)
	<80 years	56.8	15.9	5.1
Occupation	Active	61.6	19.19	6.6
	(n = 1106)	1.06 (0.98-1.15)	1.30 (1.05-1.60)*	1.50 (1.00-2.24)
	Retired	58.2	15.4	4.4
Education	Illiterate	64.7	18.9	5.6
	(n = 1066)	1.35 (1.23-1.47)***	1.62 (1.27-2.08)***	1.30 (0.84-2.01)
	Literate	48.1	11.6	4.3
Marital status	Unmarried	65.8	19.9	6.2
	(n = 1135)	1.27 (1.17-1.37)***	1.54 (1.25-1.90)***	1.62 (1.08-2.43)*
	Married	51.9	12.9	3.9
Área of residence	Rural	61.7	15.5	4.8
		1.11 (0.99-1.26)		

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

		55.3	16.0	5.0
			0.96 (0.70-1.33)	0.96 (0.52-1.78)
Spouse	No	68.0	21.0	6.9
(n = 1071)		1.30 (1.21-1.41)***	1.61 (1.30-1.98)***	1.83 (1.22-2.73)**
	Yes	52.2	13.1	3.8
Ethnicity	White	60.8	14.8	4.5
(n=1078)		1.032 (0.91-1.17)		
	Non white	58.9	17.1	5.3
			0.86 (0.60-1.25)	0.86 (0.43-1.75)

\*P < 0.05 \*\* P< 0.005 \*\*\*P< 0.001

A amostra estudada é composta por praticamente metade (47,68%) dos idosos residentes em Santo Estêvão e de 95,34% (1944 indivíduos) da amostra inicialmente projetada, composta pelos idosos residentes em áreas cobertas pelo PACS, que representa 90% das localidades existentes, independente de acesso local ou estrato socioeconômico.

A meta de atendimento domiciliar de apenas 50% dos idosos cadastrados no PACS demonstra que o cuidado ao idoso ainda é baseado na presença de patologias, especialmente a hipertensão arterial e o diabetes, com pouca visão para a prevenção primária e secundária e de agravos à saúde de outras etiologias, uma vez que muitos deles devem ser buscados ativamente nessa população, especialmente pela possibilidade de apresentação atípica dos sintomas ou da minimização destes como se fizessem parte do envelhecimento normal.

O perfil geral é de uma população idosa, principalmente feminina, com nenhuma ou muito pouca instrução, que é casada ou convive com algum companheiro, especialmente para o sexo masculino, aposentada e não branca. Este é certamente o perfil do idoso brasileiro (Veras, 1994; Camarano, 1999), o que corrobora a validade externa do estudo e chama a atenção para a possibilidade de sofrimento em idosos brasileiros por problemas passíveis de tratamento clínico.

Os estudos de prevalência de sintomas depressivos são heterogêneos, pois se referem a populações distintas avaliadas por instrumentos diversos e com desfechos também distintos. O presente estudo encontrou uma média dos sintomas depressivos contidos na GDS 15 de 5,2 sintomas por indivíduo, com variação entre 00 e 15 sintomas, proporcionalmente

*et al.* (1999), de 7,2 sintomas para a GDS de 30 itens

(GDS 30), em uma população com características semelhantes aos idosos de Santo Estêvão.

De acordo com o estudo de confiabilidade e segurança realizado para a versão em português, os escores iguais ou maiores que cinco apresentam sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo de 85,4; 73,9; 85,3 e 73,9 para o CID 10 e de 90,9; 64,5; 73,2 e 86,9 para o DSM IV (Almeida & Almeida, 1999). Portanto, tal escore foi assumido como ponto de corte básico para identificação dos possíveis portadores de transtornos depressivos, encontrando-se uma prevalência de 59,3% para a população total, superior aos demais estudos que utilizaram a mesma escala, com a mesma versão e o mesmo ponto de corte cuja prevalência variou entre 15,4 e 26,0% (Liu *et al.*, 1997; Lai, 2000 e Stek *et al.*, 2002); versão diferente (GDS 30) que variou entre 12,8 e 40,4 (Al-Shammari & Al-Sabuie, 1999; Ganguli *et al.*, 1999; Kraaij & De Wilde, 2001 e Tafaro *et al.*, 2002) ou escalas diferentes (ZSRDS ó *Zung Self Rating Depression Scale* e CES-D ó *Center for Epidemiologic Depression Scale*) que variou entre 9,0 e 36,0% (Blazer *et al.*, 1998; Swenson *et al.*, 2000; Ambo *et al.*, 2001; Kivelä & Pahkala, 2001; Miller *et al.*, 2004 e Van der Wurff *et al.*, 2004) onde apenas a prevalência de sintomas depressivos em imigrantes turcos residentes na Holanda (61,5%) foi semelhante à encontrada em Santo Estêvão, apesar de muitas destas populações apresentarem características sócio-econômicas também adversas. Também nos estudos nos quais foram utilizados entrevistadores leigos (Lobo *et al.*, 1995; Shoevers *et al.*, 2000), a prevalência de sintomas depressivos foi inferior à de Santo Estêvão. A avaliação desses achados tem duas vertentes: o próprio idoso, com o acúmulo de fatores de risco para sintomas depressivos ou transtornos do humor, como condições adversas de vida; comorbidades, especialmente a possibilidade de doença cerebrovascular; estilo de vida que leva o indivíduo a responder às questões: "Interrompeu muitas de suas atividades?", "Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?" e "Acha que tem muita gente em situação melhor?"

score total e também fatores de risco psicossociais como a solidão e a perda de entes queridos. A outra vertente é o método escolhido para aplicação do questionário, uma vez que os ACS apesar de treinados e de fazerem parte da comunidade, portanto utilizando um mesmo dialeto, têm, muitas vezes, apenas a escolaridade referente ao ensino fundamental. Porém, esse também foi o perfil dos entrevistadores de um estudo realizado na Índia, utilizando a GDS 30, onde a prevalência de sintomas depressivos foi de 40,2%.

Na presente população, foi encontrada prevalência de 16,7% para o escore de oito ou mais sintomas e 5,1% para o escore de dez ou mais sintomas, portanto ainda significativas, porém mais próximas a outros estudos que avaliaram não mais a sintomatologia depressiva, mas os transtornos depressivos de uma maneira geral ou a depressão maior especificamente, com prevalências variando entre 3,2 e 14,6 (Kay *et al.*, 1985; Pang & Lee, 1994; Lobo *et al.*, 1995; Newman *et al.*, 1998; Schoevers *et al.*, 2000; Steffens *et al.*, 2000 e Xavier *et al.*, 2001), sugerindo que os idosos de Santo Estêvão apresentam sintomatologia menos numerosa, porém crônica, não tendo sido avaliada a intensidade de cada um dos sintomas apresentados.

A prevalência da possibilidade de uma doença grave, através da análise da GDS 4 (satisfeito com a vida?, acha sua vida vazia?, teme que algo ruim lhe aconteça? e sente-se alegre a maior parte do tempo?) foi de 1,7% e 1,6% para as duas versões existentes, distintas portanto, da encontrada através da aplicação da GDS 15 em Santo Estêvão, sugestiva de gravidade: 5,1%.

Apesar da alta prevalência de sintomas depressivos possivelmente associar-se às condições médicas e sociais da população estudada, com fatores de risco para depressão e comorbidades que podem, por si, apresentar ou agravar os sintomas depressivos, os motivos não devem, de forma minimista, ser atribuídos unicamente a estas condições adversas de vida, devendo ser analisado também o desempenho dos idosos em relação ao correto entendimento

mesmo sendo aplicado pelos ACS treinados e que fazem parte da comunidade e portanto utilizam a mesma linguagem, algumas questões deixaram de ser preenchidas, sendo as principais as de número 14, 9 e 8, com 33, 28 e 25 respostas em branco, respectivamente.

A ocorrência de significância estatística para a presença de cinco ou mais sintomas para os idosos mais velhos, em relação aos mais jovens, pode ser justificada pelas comorbidades, incluindo a capacidade funcional, cuja possibilidade de ocorrência também é maior para os mais idosos. O fato de não ter havido significância estatística para os demais pontos de corte, sugere que a associação da idade é com a presença de sintomas e não com a gravidade de uma possível depressão. Demura & Sato (2003) e Gazalle *et al.* (2004) também relataram maior média de sintomas com o avançar da idade, tendo os primeiros utilizado a GDS 15 e os outros uma escala desenvolvida pelos pesquisadores, no Brasil, ainda não validada. Na amostra indiana de Ganguli *et al.* (1999), os indivíduos com mais de 22 sintomas na GDS 30 eram mais idosos. Já Kim *et al.* (2004), encontraram relação de envelhecimento com depressão apenas para a amostra urbana de estudo realizado na Coreia, não sendo evidenciada esta associação para a amostra rural, assim como Liu *et al.* (1997), Ambo *et al.* (2001) e Tafaro *et al.* (2002) também não relataram correlação em amostras de comunidade e Schneider *et al.* (2000) não evidenciaram relação da idade com a gravidade da depressão em idosos internados em hospital geral na Alemanha.

A prevalência aumentada de sintomas depressivos e depressão entre mulheres em relação aos homens, é uma constante na literatura (Pang & Lee, 1994; Lobo *et al.*, 1995; Al ó Shammari & Al-Sabuie, 1999; Schneider *et al.*, 2000; Ambo *et al.*, 2001; Kockler & Heun, 2002; Demura & Sato, 2003; Gazalle *et al.*, 2004; Kim *et al.*, 2004 e Miller *et al.*, 2004), sendo também evidenciada no presente estudo. Este achado é verdadeiro para todos os pontos de corte estabelecidos, provavelmente por fatores biológicos e sociais, em uma população

os instrução, gera menos renda, cuida da casa, dos netos e ajuda na lavoura quando necessário, possivelmente ainda acumulando comorbidades e fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno do humor mais que os homens. Outros estudos encontraram maior prevalência em mulheres apenas quando associada a outras variáveis como população analfabeta, na Índia (Ganguli *et al.*, 1999), hispânicas vivendo no Colorado ó Estados Unidos (Swenson *et al.*, 2000) ou morando em áreas urbanas (Kim *et al.*, 2004). Já Liu *et al.* (1997) não encontraram diferença entre os sexos em idosos de uma comunidade rural chinesa. Nos estudos onde a população alvo é composta apenas por idosos idosos, igualmente não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significantes entre os sexos (Xavier *et al.*, 2001; Stek *et al.*, 2002 e Tafaro *et al.*, 2002), possivelmente pela emergência de outros fatores de risco.

A literatura não apresenta preponderância entre as etnias, quando estas são analisadas isoladamente (Blazer *et al.*, 1998; Swenson *et al.*, 2000 e Yaffe *et al.*, 2003), também não sendo evidenciado na população de Santo Estêvão, especialmente por que o indicador utilizado foi a cor da pele, e por que, provavelmente, os indivíduos diferem muito pouco de origem, sendo produtos de miscigenação interna, uma vez que não existiu qualquer movimento migratório de etnias específicas na história do município (Fonseca, 1983).

Os indivíduos analfabetos apresentaram maior possibilidade de depressão quando esta foi considerada para cinco ou mais e oito ou mais sintomas, mesmo estando incluídos entre os alfabetizados aqueles com escolaridade elementar, como ter cursado o MOBREAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização) por apenas um ano. Porém, para o escore de dez ou mais sintomas, não houve diferença estatisticamente significativa. Vários estudos apresentaram resultados semelhantes (Pang & Lee, 1994; Lobo *et al.*, 1995; Al óShammari & Al-Sabuie, 1999; Ganguli *et al.*, 1999; Serrano & Ferrer, 2001 e Gazalle *et al.*, 2004), também em populações pouco letradas. Serrano & Ferrer (2001), sugerem que a baixa escolaridade pode

ento das perguntas do questionário. Porém existem no instrumento respostas afirmativas e negativas distribuídas aleatória e proporcionalmente, o que minimizaria esta possibilidade.

Para todos os pontos de corte examinados, o fato de não ser casado ou não conviver com companheiro, foi correlacionado com maior possibilidade de apresentar sintomas depressivos, assim como já descrito por Pang & Lee (1994), e van der Wurff *et al.* (2004). A garantia, ao menos, de suporte social mínimo para os indivíduos que têm algum companheiro pode justificar os resultados encontrados, em uma população onde as mulheres, hoje idosas, tiveram muitos filhos, mas a convivência com estes na velhice, é limitada pela migração provocada pela busca do emprego, muitas vezes para outros estados, gerando preocupação e sensação de desamparo nos idosos que ficaram.

Em relação à ocupação, Gazalle *et al.* (2004) observaram mais sintomas entre idosos que não tinham trabalho remunerado, Al óShammari & Al-Sabuie (1999) encontraram desemprego associado à depressão e Miller *et al.* (2004) maior risco nos indivíduos que recebiam baixos salários. Apesar desses três estudos não poderem ser diretamente comparados com o de Santo Estêvão, pelo padrão da inserção ocupacional, o presente estudo identificou uma associação maior de sintomas depressivos entre os indivíduos não aposentados, com significância estatística para oito ou mais sintomas. Estes achados deveram-se possivelmente ao fato destes idosos permanecem trabalhando principalmente por necessidade e não por opção, em atividades onde o esforço é fundamentalmente braçal, além de nesta fase da vida o desempenho físico ser, em geral, limitado para manter o nível anterior de produção.

Nenhuma significância estatística foi encontrada na subpopulação de 1077 indivíduos (55,4%) coberta pelo PSF, em relação à área rural ou urbana, para os sintomas depressivos. Existe uma discussão sociológica sobre a universalização da urbanização (SEI, 2004), especialmente em municípios rurais, pois os indivíduos das duas áreas teriam, cada vez

ições de saúde, especialmente após a implantação do Programa de Saúde da Família, aos bens de consumo e aos pólos urbanos mais desenvolvidos. Em estudo de população agrícola no Japão, foi encontrada prevalência de sintomas depressivos maior na população rural com acesso fácil a grandes pólos urbanos vizinhos e em outro estudo coreano, a prevalência foi maior na área urbana, sendo pior se o indivíduo residisse há mais tempo nesta área. Em Santo Estêvão, o acesso à sede do município, a Feira de Santana, cidade a 40 Km com população aproximada de 500.000 habitantes e à capital do Estado é facilitado, pois o município é cortado por importante rodovia estadual.

Os indivíduos com sintomas clinicamente relevantes para os três pontos de corte definidos, atribuíram estes sintomas a algum fato da vida, com significância estatística em relação aos indivíduos com escores inferiores, demonstrando que os idosos atribuem seus sintomas depressivos a fatores distintos da depressão, independente da quantidade destes (Sheehan & Philpot, 2002). Dentre as possíveis atribuições, a mais freqüente foi a presença de alguma doença no próprio indivíduo, o que, mais uma vez corrobora a idéia de que os sintomas depressivos são pouco diagnosticados por serem interpretados como secundários a outras doenças. Ganguli *et al.* (1999), encontraram sintomas como tristeza e depressão atribuídos principalmente a problemas familiares, como relação com nora, morte de filho ou esposo e mudança de status por viuvez.

Apesar das questões mais e menos referidas pelos idosos do estudo, serem semelhantes para os que possuíam sintomas clinicamente relevantes nos três pontos de corte determinados e os que estavam abaixo destes escores, demonstrando um padrão de sintomas semelhante entre os escores, todas as quinze questões apresentaram significância estatística quando comparadas entre os indivíduos com menos de cinco sintomas e os com cinco ou mais sintomas.

ntes foram iguais para os pontos de corte de oito ou mais e dez ou mais sintomas e semelhantes aos evidenciados para o ponto de corte de cinco ou mais sintomas, bem como para os indivíduos que não apresentavam sintomas depressivos clinicamente relevantes e para a população geral.

Para a questão 15 (acha que tem muita gente em situação melhor?), pode ter havido viés de aferição pois o idoso pode ter considerado seu estado de saúde geral e não os sintomas depressivos apenas, apesar dos agentes comunitários de saúde terem sido esclarecidos quanto a esta possibilidade. A questão 3 (acha sua vida vazia?) possivelmente se relaciona à inexistência de objetivos práticos do dia-a-dia, já tendo o idoso muitas vezes se afastado da atividade laborativa, sem uma nova inserção social. Para a questão de número 4 (aborrece-se com frequência?), cujo sintoma subjacente é a irritabilidade, não existe justificativa no presente estudo, mas novos projetos devem avaliar a convivência intergeracional e a possibilidade de deslocamento dentro do domicílio.

Surpreendentemente, as questões cujas respostas relacionaram-se menos a sintomas depressivos foram as mesmas para todos os pontos de corte, para os indivíduos sem sintomas depressivos clinicamente relevantes e para a população geral. Estas questões se referiam à vida de uma maneira geral: número 11 (Acha que é maravilhoso estar vivo agora?), 12 (Vale a pena viver como vive agora?) e 1 (Satisfeito com a vida?).

A provável compreensão de uma população pouco esclarecida que convive com condições adversas e que cronologicamente está mais próxima do fim da vida, é de que a alternativa para a condição atual seria a morte. Esta hipótese justificaria o fato de que apesar de 59,2% dos indivíduos apresentarem sintomas depressivos clinicamente relevantes e 64,7% destes terem considerado a vida vazia, 91,2% estavam satisfeitos com ela e 95,2% achavam maravilhoso estar vivo naquele momento e naquelas circunstâncias, o que também fala a favor

perguntas do questionário ou do apego que os indivíduos

com reduzida expectativa de vida têm à vida.

Supostamente as questões menos compreendidas deveriam ser as que mais permaneceram sem preenchimento, as quais foram as de número 14 (acha que sua situação tem solução?), 9 (prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?) e 8 (sente-se desamparado com frequência?). Neste caso, existe a possibilidade de ao menos seis questões (1, 8, 9, 11, 12 e 14) terem apresentado problema de interpretação por parte dos idosos de Santo Estêvão que ou não foram questionadas aos ACS que estavam aplicando o instrumento, ou estes também tinham dúvidas.

Os resultados encontrados em relação às questões mais e menos relatadas como sintomas de depressão podem levar à interpretação de que estes sintomas seriam característicos da população do estudo, portanto próprios do processo de envelhecimento, pois são semelhantes para quem não tem sintomas depressivos clinicamente relevantes, assim como para os que têm e para os quais há possibilidade de doença grave. No entanto, a análise estatística demonstrou que os sintomas são mais prevalentes para os indivíduos com cinco ou mais sintomas, quando comparados aos que não possuem sintomas clinicamente relevantes, com significância estatística para todas as questões, o que valoriza o instrumento, apesar das características da população.

Para os idosos de Santo Estêvão, de uma maneira geral, foi encontrada uma prevalência de sintomas depressivos clinicamente relevantes, estatisticamente significantes para as mulheres; para os indivíduos mais idosos; para os que não convivem com companheiro (civil ou socialmente); para os analfabetos e para os indivíduos que estão na ativa (para a possibilidade de doença moderada), independente da localidade municipal onde residem.

mas aumentado não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de depressão sem estar associado a uma criteriosa avaliação clínica, como já havia chamado a atenção Stek *et al.* (2004), surgindo então a necessidade de reavaliação desses idosos pelos profissionais das equipes do PSF, com o objetivo de estabelecer um possível diagnóstico de depressão.

O que deve preocupar os gestores locais é que este é basicamente o perfil dos idosos do município e que, portanto, mais da metade deles está convivendo com sintomas que comprometem a funcionalidade e a qualidade de vida e parte destes com a depressão ou outros transtornos do humor, que têm uma boa resposta à instituição da terapêutica adequada. Melhor ainda é que as medicações podem ser adquiridas gratuitamente, através do Sistema único de Saúde (SUS).

No entanto, antes da terapêutica, a capacidade diagnóstica dos profissionais de saúde do município deve ser melhorada, especialmente (mas não exclusivamente) para os médicos. Paralelamente, ações que reduzam a possibilidade de ocorrência de fatores de risco modificáveis devem ser instituídas e para tal, outros estudos devem ser conduzidos, visando a identificação de fatores de risco sociais e biológicos, além das comorbidades, uma vez que no estudo atual, apenas as variáveis demográficas foram avaliadas.

Considerando-se que a literatura apresenta estudos que estabelecem a depressão como fator de risco para mortalidade geral que não o suicídio (Parashos *et al.*, 2002), além de pior prognóstico das comorbidades (Fuhrer *et al.*, 2003), maior possibilidade de desenvolvimento de déficit cognitivo (Paterniti *et al.*, 2002), incapacidades (Kivelä & Pahkala, 2001) e pior qualidade de vida (Xavier *et al.*, 1999), os idosos de Santo Estêvão compõem portanto, uma população vulnerável para agravos à saúde.

Como a mulher idosa tem expectativa de vida maior, menor escolaridade e convive mais com a solidão pela viuvez e pela menor possibilidade de desenvolver um novo arranjo

As estas características associadas à depressão, surge então, em Santo Estêvão, uma demanda específica de atenção diferenciada para o sexo feminino, visando redução de danos.

## VII. PERSPECTIVAS DO ESTUDO

O presente estudo compõe a fase inicial do projeto sobre envelhecimento na população de idosos de Santo Estêvão, com especial foco na psiconeurogeriatria, que a partir dos resultados encontrados, compromete-se com a continuidade da produção científica e com a sensibilização de gestores para melhoria das condições de saúde da população estudada, servindo como modelo para outros grupos populacionais. Destaca-se entre estas possibilidades:

1. Análise qualitativa dos sintomas apresentados (em andamento);
2. Associação dos sintomas depressivos da GDS 15 com desempenho cognitivo (em andamento);
3. Associação de uso de medicação com sintomas depressivos (em andamento);
4. Reconhecimento e tratamento dos sintomas depressivos pelos profissionais de saúde (em andamento);
5. Avaliação das comorbidades associadas aos sintomas depressivos (em andamento);
6. Desempenho cognitivo dos idosos deprimidos (em andamento);

- uma entrevista estruturada (padrão-ouro) para verificação de sensibilidade e especificidade do instrumento nesta população;
8. Desenvolvimento de uma nova versão da GDS 15 para uma população pouco esclarecida;
  9. Acompanhamento longitudinal destes sintomas como fator de risco para déficit cognitivo;
  10. Sensibilização do poder público para melhoria da capacidade diagnóstica dos profissionais de saúde e estabelecimento de medidas para redução da carga dos sintomas depressivos, especialmente entre mulheres.

1. A população de Santo Estêvão é vulnerável tanto ao desenvolvimento de depressão, quanto a agravos à saúde;
2. A prevalência de sintomas depressivos em idosos de Santo Estêvão é maior que em outras populações com características semelhantes;
3. O sexo feminino é mais associado aos sintomas depressivos;
4. A não convivência com algum companheiro, independente da causa, é mais associada a sintomas depressivos;
5. A prevalência de sintomas depressivos é maior para idosos idosos, mas a idade não tem relação com a gravidade de uma possível doença depressiva;
6. A versão em português da GDS 15 ainda necessita de ajustes para a utilização em indivíduos idosos com pouca ou nenhuma escolaridade;
7. Os idosos portadores de sintomas depressivos, os atribuem a algum fator, especialmente à presença de doenças clínicas;
8. Os sintomas depressivos relatados têm apresentação crônica;
9. A população de Santo Estêvão apresenta características sociodemográficas que se associam à possibilidade de transtornos do humor;
10. A capacidade diagnóstica para os transtornos depressivos dos profissionais de saúde do município de Santo Estêvão deve ser melhorada;
11. Os idosos estudados são apegados à vida.

## PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN AN ELDERLY RURAL POPULATION IN BRAZIL

**Objective:** To measure depressive symptoms in the elderly people of a rural community in Brazil.

**Settings:** The city of Santo Estêvão, Bahia located in a drought area in the northeast of Brazil.

**Method:** The Community Health Agent (CHA) interviewed 1944 subjects aged sixty and over, during August and October, 2004, in their houses, using the Geriatric Depression Scale in the short version (GDS 15). The prevalence was calculated and also the *t*-test and Chi-square test to determine factors associated with depressive symptomatology from the prevalence ratio.

**Results:** the depressive subjects ratio for each cutpoints was 59,3% (five or more), 16,7% (eight or more) and 5,1% (ten or more), for the possibility of mild, moderate and severe disease, respectively. The variables most associated with depression, with statistical significance, were female gender, aged 80 and older, illiterate, not married and not living with a partner.

**Conclusion:** The higher prevalence encountered in this study, compared with the literature, could be caused because of the population profile which includes illiteracy and comorbidities. This population lives with sociodemographic features that are associated with depressive symptomatology clinically significant.

**Key words:** depressive symptoms, elderly, aged, prevalence, GDS, community studies

1. Al óShammari SA, Al-Sabuie A. Prevalence and correlates of depresión among saudi elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 739-47, 1999.
2. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, Oslin DW. Assessment of late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3): 164-74, 2002.
3. Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14: 858-65, 1999.
4. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S, Sekita Y, Yamadori A. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the tajiri project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 780-8, 2001.
5. APA, American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV. 4. ed., American Psychiatric Association: Washington DC,886p., 1994.
6. Berger AK, Small BJ, Forsell Y, Winblad B, Bäckman L. Preclinical Symptoms of major depression in very old age: a prospective longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 155: 1039-43, 1998.
7. Blazer DG, Landerman LR, Hays JC, Simonsick EM, Saunders WB. Symptoms of depression among community-dwelling elderly African-american and white older adults. *Psychological Medicine*, 28: 1311-20, 1998.
8. Borson S, Barnes RA, Kukull WA, Okimoto JT, Veith RC, Inui TS, Carter W, Raskind MA. Symptomatic depression in elderly medical outpatients. *Journal of the American Geriatric Society*, 34: 341-7, 1986.

Lei federal nº 10.741.// Diário Oficial da União de 1º de outubro de 2003,/ página 1,/ 2003

10. Brasil./ Política Nacional do idoso óLei Federal nº 8.842.// Diário Oficial da União de 03 de janeiro de 1994,/ página 77,/ 1994.
11. Bruce M. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52(3): 175-84, 2002.
12. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: de Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, da Rocha SM (ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 1. ed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1187p., 2002
13. Camarano AA. *Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros*. 1. ed., IPEA: Rio de Janeiro, 382p., 1999
14. Charlson M, Peterson JC. Medical comorbidity and late life depression: what is know and what are the unmet needs? *Biological Psychiatry*, 52: 226-35, 2002.
15. Chen YY, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, Kawachi I. Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 60: 49-60, 2005.
16. Chow ESL, Kng BMH, Wong MTP, Draper B, Lin KL, Ho SKS, Wong CP. The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home resident in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19: 734-40, 2004.
17. Craen AJM, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS 15) in a community sample of the oldest old. *International journal of geriatric psychiatry*, 18: 63-6, 2003.
18. Demura S, Sato S. Relationship between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 22(3): 159-66, 2003.

- Sociais e de Saúde: 1. ed., Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 392p., 2002.
20. Fonseca ICM. *Introdução à história de Santo Estêvão do Jacuípe*. 1. ed., Minas Gerais, 216p., 1983.
21. Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51: 1055-63, 2003.
22. Ganguli M, Dube S, Johnston JM, Pandav R, Chandra V, Dodge HH. Depressive symptoms, cognitive impairment and functional impairment in a rural elderly population in India: a hindi version of the geriatric depression scale (GDS-H). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 807-20, 1999.
23. Gazalle FK, de Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Síntomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(3): 365-71, 2004.
24. IBGE ó Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Acesso em 20 de janeiro de 2005.
25. IPEA ó Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em <[http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idl/atlas\\_idh.php](http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idl/atlas_idh.php)>. Acesso em 12 de janeiro de 2005.
26. James P, Stanley AM. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3): 282-91, 1986.
27. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosomatic Medicine*, 62(4): 463-71, 2000.
28. Jonge P, Ormel J, Slaets JPJ, Kempen GIJM, Ranchor AV, Van Jaarsveld CHM, Scaf-Klomp W, Sanderman R. Depressive symptoms in elderly patients predict poor

- American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12: 57-64, 2004.
29. Judd LL, Akiskal HS. The clinical and public health relevance of current research on subthreshold depressive symptoms to elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3): 233-8, 2002.
30. Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German OS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *Journal of the American Geriatric Society*, 37 (1): 29-34, 1989
31. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unützer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60(9): 897-903, 2003.
32. Kay DWK, Henderson AS, Scott R, Wilson J, Rickwood D, Grayson DA. Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medicine*, 15: 771-88, 1985.
33. Kivelä SL, Pakkala K. Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatric Society*, 49(3): 290-6, 2001.
34. Kim JM, Stewart R, Shin IS, Yoon JS, Lee HY. Lifetime urban/rural residence, social support and late-life depression in Korea. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19: 843-51, 2004.
35. Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 65-72, 2002.
36. Kraaij V, de Wilde EJ. Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging & Mental Health*, 5(1): 84-91, 2001.

185-92, 2002.

factors in late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3):

38. Lai DWL. Measuring depression in Canada's elderly Chinese population: use of a community screening instrument. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45: 279-84, 2000.
39. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, 278 (14): 1186-90, 1997.
40. Lepine JP, Bouchez S. Epidemiology of depression in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 Suppl 5: S7-12, 1998.
41. Liu CY, Wang SJ, Teng EL, Fuh JL, Lin CC, Lin KN, Chen HM, Lin CH, Wang PN, Yang YY, Larson EB, Chou P, Liu HC. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine*, 27(4): 943-9, 1997.
42. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern european population. *Archives of General Psychiatry*, 52: 497-506, 1995.
43. Mann A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas*, 38: 53-9, 2001.
44. Marwijk HWJ, Wallace P, de Bock GH, Hermans JO, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of general practice*, 45: 195-9, 1995.
45. Meara J, Mitchelmore E, Hobson P. Use of the GDS 15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. *Age and Ageing*, 28: 35-8, 1999.

46. Paterniti S, Andresen EM, Morley JE, Wolinsky FD. Clinically relevant levels of depressive symptoms in community-dwelling middle aged African Americans. *Journal of the American geriatrics Society*, 52: 741-8, 2004.
47. Newman sc, Sheldon CT, Bland RC. Prevalence and depression in na elderly community sample: a comparison of GMS-AGECAT and DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, 28: 1339-45, 1998.
48. OMS ó Organização Mundial de Saúde, *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. 1. ed., Artes médicas: Porto Alegre,351p., 1993.
49. OMS ó Organização Mundial de Saúde, *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/em/>>. Acesso em: 15 de maio de 2003.
50. Orego CA, Fullerton G, Tan R. A review of gender concerns and testosterone therapy. *Geriatrics*, 59: 24-30, 2004.
51. Pang KY, Lee MH. Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants. *Yonsei Medical Journal*, 35(2): 155-61, 1994.
52. Parashos IA, Stamouli S, Rogakou E, Theodotou R, Nikas I, Mougias A. Recognition of depressive symptoms in the elderly: what can help the patient and the doctor. *Depression and Anxiety*, 15: 111-6, 2002.
53. Paterniti S, Verdier-Taillefer MH, Dufouil C, Alperovitch A. Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 181: 406-10, 2002.
54. Purandare N, Burns A, craig S, Faragheir B, Scott K. Depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 960-64, 2001.

- Arley M, Chew-Graham C, Leger ASS, Abas M. Scening for depression in African-caribbean elders, *Family Practice*, 16(6): 591-5, 1999.
56. Ritchie K, Gilham C, Ledésert B, Touchon J, Kotzi PO. Depressive illness, depressive symptomatology and regional cerebral blood flow in elderly people with sub-clinical cognitive impairment. *Age and Ageing*, 28: 385-91, 1999.
57. Salokangas RKR, Vaahtera K, Pacriev S, Sohlman B, Lehtinen V. Gender differences in depressive symptoms an artefact caused by measurement instruments? *Journal of affective disorders*, 68:215-20, 2002.
58. Schneider G, Kruse A, Nehen HG, Senf W, Heuft G. the prevalence and diferencial diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69: 251-60, 2000.
59. Schnittker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Social Science & Medicine*, 60: 13-23, 2005.
60. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman TF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Jonker C, Tilburg WV. Association of depression and gender with mortality in old age. *British Journal of Psychiatry*, 177: 336-42, 2000.
61. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52: 205-25, 2002.
62. Schumway M, Sentell T, Unick G, Bamberg W. Cognitive complexit of self-administered depression measures. *Journal of affective disorders*, 83: 191-8, 2004.
63. SESAB, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Programação da Atenção Básica 2004: Manual de Orientação. 1.ed, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 1 v., 197p., 2004.

- os Econômicos e Sociais da Bahia. *Série estudos e pesquisas: Análise territorial da Bahia rural*. 1.ed., Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia: Salvador, 71, 221p., 2004.
65. Serrano MLG, Ferrer JT. Prevalência de depresión em mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27(7): 484-8, 2001.
66. Sheehan B, Philpot M, Banerjee S. Attributions of physical symptoms in patients of an old age psychiatry service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 61-4, 2002.
67. Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5: 165-73, 1986.
68. SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: 10 de julho de 2004.
69. Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl 1): 42-7, 2002.
70. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JCS. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Archives of general Psychiatry*, 57: 601-7, 2000.
71. Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, van Tilburg W, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78(3): 193-200, 2004.
72. Swenson CJ, Baxter J, Shetterly SM, Scarbro SL, Hamman RF. Depressive Symptoms in Hispanic and non-hispanic white rural elderly. *American Journal of Epidemiology*, 152: 1048-55, 2000.
73. Tafaro L, Cicconetti P, Zannino Z, Tedeschi G, Tombolillo MT, Ettore E, Marigliano V. Depression and aging: a survival study on centenarians. *Archives gerontology and geriatric*, Suppl. 8: 371-6, 2002.

<<http://www.stanford.edu/%7eyesavage/GDS.html>>. Acesso em: 11 de março de 2004.

75. Veras RP. Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. *ADVIR*, 3: 37-44,1994.
76. Veras RP. *País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil*. 1. ed., Relume Dumará: Rio de Janeiro, 224p., 1994).
77. Wang PN, Wang SJ, Fuh JL, Teng EL, Liu CY, Lin CH, Shyu HY, Lu SR, Chen CC, Liu HC. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(3): 295-9, 2000.
78. Wilson RS, Schneider JA, Bienias JL, Arnold SE, Evans DA, Bennet DA. Depressive symptoms, clinical AD, and cortical plaques and tangles in older persons.. *Neurology*, 61(8): 1102-7, 2003.
79. Wurff Fb, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff A. Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of affective disorders*, 83: 33-41, 2004.
80. Xavier FMF, Ferraz MPT, Bertolucci P, Poyares D, Moriguchi EH. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octagenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(20): 62-70, 2001.
81. Yaffe K, Edwards ER, Covinsky KE, Lui LY, Eng K. Depressive symptoms and risk of mortality in frail, community-living elderly persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11: 561-7, 2003.
82. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1): 37-49, 1983.



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANEXO 1. Mapa de localização do município de Santo Estêvão

ANEXO 2. Modelo do questionário

ANEXO 3. Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO 4. Guia de preenchimento do questionário

ANEXO 5. Parecer / resolução do Comitê de Ética em Pesquisa

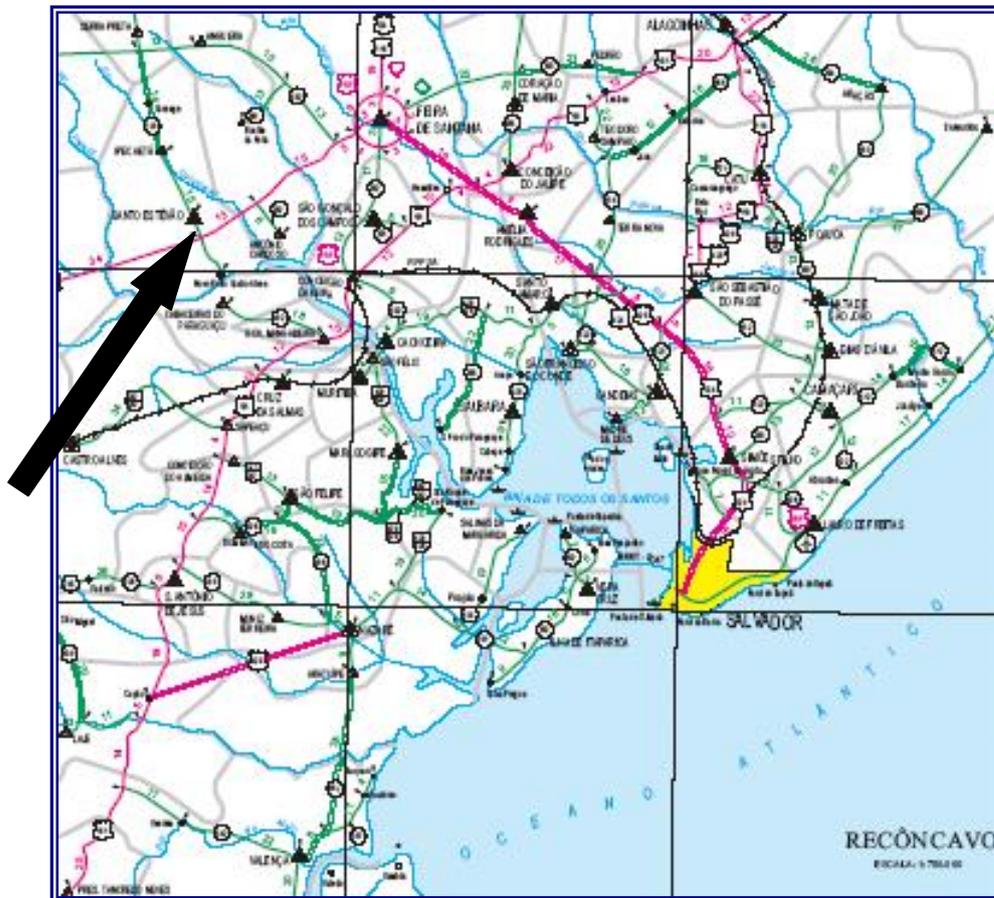
ANEXO 6. Normas para publicação no periódico International Journal of Geriatric  
Psychiatry

ANEXO 7. Resposta do editor sobre o recebimento dos originais do artigo enviado

ANEXO 8. A história do Santo Estêvão

município de Santo Estêvão

Figura I : Mapa de localização do município de Santo Estêvão - Bahia



Numero (Não preencher)

--	--	--	--

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Escolaridade: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Vive com alguém: Companheiro (a)? ( ) SIM ( ) NÃO

Ocupação: \_\_\_\_\_ Agente Comunitário: \_\_\_\_\_ Equipe PSF: \_\_\_\_\_

Satisfeito com a vida? ( ) SIM ( ) NÃO

Interrompeu muitas de suas atividades? ( ) SIM ( ) NÃO

Acha sua vida vazia? ( ) SIM ( ) NÃO

Aborrece-se com frequência? ( ) SIM ( ) NÃO

Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? ( ) SIM ( ) NÃO

Teme que algo ruim lhe aconteça? ( ) SIM ( ) NÃO

Sente-se alegre a maior parte do tempo? ( ) SIM ( ) NÃO

Sente-se desamparado com frequência? ( ) SIM ( ) NÃO

Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? ( ) SIM ( ) NÃO

Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?( ) SIM ( ) NÃO

Acha que é maravilhoso estar vivo agora? ( ) SIM ( ) NÃO

Vale a pena viver como vive agora? ( ) SIM ( ) NÃO

Sente-se cheio de energia? ( ) SIM ( ) NÃO

Acha que sua situação tem solução? ( ) SIM ( ) NÃO

Acha que tem muita gente em situação melhor? ( ) SIM ( ) NÃO

Há quanto tempo os problemas acima apareceram?

( ) Menos de 15 dias ( ) De 16 dias a 2 meses ( ) De 3 meses a um ano

( ) Mais de um ano ( ) Mais de cinco anos

Algo aconteceu na sua vida que justifique as queixas acima? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) Doença no indivíduo ( ) Morte de alguém \_\_\_\_\_

( ) Problema de dinheiro ( ) Problemas na família

( ) Outro \_\_\_\_\_

Quais medicações faz uso?

Medicação	Dose	Quantas vezes por dia	Há quanto tempo

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto de pesquisa: Prevalência de sintomas depressivos em idosos do município de Santo Estêvão ó Bahia

**DURANTE A LEITURA DO DOCUMENTO ABAIXO FUI INFORMADO  
(a) QUE POSSO INTERROMPER PARA FAZER QUALQUER  
PERGUNTA, COM OBJETIVO DE TIRAR DÚVIDAS, PARA O MEU  
MELHOR ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ fui  
procurado pela médica especializada em cuidar de pessoas idosas, Doutora  
Mônica Hupsel Frank, com o registro número 9935 no Conselho Regional de  
Medicina do Estado da Bahia, sobre o projeto de pesquisa com o título acima  
citado. Nesse estudo, coordenado pelo Professor da Universidade Federal da  
Bahia, Doutor Ailton Melo fui selecionado para participar por ter mais de 60  
anos e morar no município de Santo Estêvão.

Estou ciente que responderei a 30 perguntas que serão feitas pelo agente  
comunitário de saúde, sobre mim e sobre meu estado de saúde. As 15 primeiras  
perguntas devem ter como resposta apenas SIM ou NÃO; as demais, respostas  
diretas e curtas. Fui esclarecido que o tempo gasto será de mais ou menos 10  
minutos, do início ao fim e de que não precisarei sair de casa.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Estou ciente de que todas as pessoas que moram no município de Santo Estevão, mas fora da sua sede, também responderão às mesmas perguntas que eu e que depois, a doutora Mônica vai fazer um sorteio e as pessoas idosas que forem sorteadas, responderão a mais perguntas também sobre o estado de saúde e uma outra pessoa que more na casa ou que seja parente próximo também responderá sobre a minha saúde. Sei também que se eu for sorteado, deverei receber a visita de uma outra pessoa da mesma equipe de trabalho que fará a coleta de 5 a 10 ml de sangue (quantidade equivalente a uma colher média) em uma veia do meu braço, através de uma agulha ligada a uma seringa. Fui explicado (a) também que existem pessoas que sentem dor quando fazem este exame, mas que não são todas e que em algumas, o local pode ficar roxo ou pode ainda fazer um calombo de sangue chamado hematoma. Se isto ocorrer poderei colocar uma toalhinha com água gelada em cima do calombo, durante 10 minutos, de 4 a 6 vezes por dia.

Fui informado que posso negar-me a responder às perguntas ou a fazer o exame de sangue em qualquer momento.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ós 30 dias o resultado dos exames realizados que servem para saber se eu tenho anemia ou problema na tireóide.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica, mas fui informado que meu nome nunca vai aparecer, para que ninguém possa saber que quem deu aquelas informações fui eu.

Qualquer reclamação que eu tenha, poderei procurar o secretário da saúde, Dr. José Antônio Rodrigues Alves, através do telefone (071) 3115-4342 ou o Dr. Jessé Brandão, presidente do conselho regional de medicina na Rua Guadalajara, no bairro de Ondina em Salvador

Estou então satisfeito com as explicações deste documento, o qual ficarei com uma cópia e também com as explicações dos doutores que me procuraram, inclusive durante a leitura deste documento, feita de forma clara e devagar. Portanto, concordo em participar desta pesquisa

COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER (SIM  ou NÃO  ) O QUE FOI ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE A DOUTORA MÔNICA HUPSEL FRANK OU ALGUÉM DA SUA EQUIPE, QUANDO

DESTE DOCUMENTO ESCLARECEU AS  
MINHAS DÚVIDAS, INCLUSIVE ME INFORMANDO QUE O  
DOCUMENTO QUE VOU ASSINAR É IGUAL AO QUE ESTÁ SENDO  
LIDO, APENAS COM LETRAS MENORES, E COMO CONCORDEI EM  
PARTICIPAR DO ESTUDO, VOU COLOCAR A MINHA IMPRESSÃO DO  
DEDO POLEGAR DIREITO ABAIXO

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IMPRESSÃO DIGITAL

#### TESTEMUNHAS:

1. NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

2. NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREMEB:

DOCUMENTO EM 2 (DUAS) VIAS, UMA PARA SER ENTREGUE À PESSOA (OU  
RESPONSÁVEL) QUE VAI PARTICIPAR DA PESQUISA



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

mento do questionário



## Projeto Santo Estêvão

**Número:** Não preencher

**Nome:** Colocar o nome completo

**Data de Nascimento:** Do documento Dia / Mês / Ano

**Sexo:** Assinalar

- ◆ ( ) M MASCULINO
- ◆ ( ) F FEMININO

**Escolaridade:**

- ◆ ANALFABETO: Se nunca foi à escola ou sabe apenas escrever o nome
- ◆ ANOS: Colocar o número de anos que foi para a escola
- ◆ ANOS DE MOBRAL: Colocar o número de anos que estudou depois de adulto, especificando com a palavra MOBRAL
- ◆ NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO: Se foi para a faculdade, mas não terminou
- ◆ NÍVEL SUPERIOR COMPLETO: Se tem formatura

**Raça:**

- ◆ BRANCO
- ◆ PARDO
- ◆ MULATO
- ◆ NEGRO

**Estado Civil:**

- ◆ SOLTEIRO
- ◆ CASADO (no papel)
- ◆ VIÚVO
- ◆ SEPARADO
- ◆ DIVORCIADO

**Vive com alguém?** Marcar apenas se viver com companheiro (a).: Sim ou não

**Agente Comunitário:** Como é conhecido

**Equipe PSF:** O nome da equipe

**Ocupação:** colocar a profissão e se for aposentado colocar ao lado (Ex.: Comerciante; Lavrador aposentado)

- ◆ As perguntas devem ser feitas diretamente aos pacientes
- ◆ Se o paciente não puder responder, preencher a primeira parte apenas e justificar porque o paciente não pôde responder
- ◆ As perguntas podem ser repetidas, mas não podem ser interpretadas pelo agente comunitário
- ◆ Na pergunta de número **15: Acha que tem muita gente em situação melhor?** Não se refere à situação financeira.

Satisfeito com a vida?	SIM	NÃO
Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM	NÃO
Acha sua vida vazia?	SIM	NÃO
Aborrece-se com frequência?	SIM	NÃO
Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM	NÃO
Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM	NÃO
Sente-se desamparado com frequência?	SIM	NÃO
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM	NÃO
Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	SIM	NÃO
Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
Vale a pena viver como vive agora?	SIM	NÃO
Sente-se cheio de energia?	SIM	NÃO
Acha que sua situação tem solução?	SIM	NÃO
Acha que tem muita gente em situação melhor?	SIM	NÃO

A) **Há quanto tempo os problemas acima apareceram?** Se os tempos variarem, colocar o que tem maior tempo.

- (            ) Menos de 15 dias            (            ) De 16 dias a 2 meses            (            ) De 3 meses a um ano  
(            ) Mais de um ano            (            ) Mais de cinco anos

B) **Algo aconteceu na sua vida que justifique as queixas acima?** Colocar primeiro o sim ou não e, caso a resposta seja sim, ver se pode ser encaixado em algumas das opções abaixo. Se não encaixar, escrever em outros. **NÃO É PARA DAR AS OPÇÕES AOS ENTREVISTADOS**

- (            ) Doença no indivíduo            (            ) Morte de alguém \_\_\_\_\_  
(            ) Problema de dinheiro            (            ) Problemas na família  
(            ) Outro \_\_\_\_\_

as. Se o espaço não der, escrever no espaço abaixo.

<b>Medicação</b>	<b>Dose</b>	<b>Quantas vezes ao dia</b>	<b>Há quanto tempo</b>
Nome do remédio (um em cada linha)	Olhar na caixa ou no envelope da medicação	Quantas vezes toma por dia	Desde quando usa este remédio

**EXEMPLO:**

<b>Medicação</b>	<b>Dose</b>	<b>Quantas vezes ao dia</b>	<b>Há quanto tempo</b>
Hidroclorotiazida	25mg	1x	6 anos



Serviço Público Federal  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Maternidade Climério de Oliveira -UFBA

## PARECER / RESOLUÇÃO N.º 40/2003

Registro CEP: 40/03.

Projeto de Pesquisa: "Estudo da prevalência de transtornos depressivos em idosos do Município de Pedrão – Bahia"

Pesquisadora Responsável: Doutora Mônica Hupsel Frank, Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. "Currículum Vitae" anexo.

Orientador: Professor, Doutor, Ailton de Souza Melo. "Currículum Vitae" apenso.

Área do Conhecimento: 4.01, Nível E, Grupo III

Data de entrada: 22/08/2003

Objetivos: principal — determinar a prevalência de depressão maior e distímia nos idosos – idade superior a 60 anos – do município de Pedrão; secundários — identificar o perfil de queixas associadas a transtornos depressivos entre cidadãos de Pedrão, no período de agosto de 2003 e agosto de 2004, e identificar as características sócio-demográficas dos idosos com transtornos depressivos nos mesmos município e período.

Estudo de caráter acadêmico, corte transversal, não-invasivo, envolvendo indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos — exceto àqueles portadores de problemas psiquiátricos ou neurológicos — residentes no Município de Pedrão, em sua maioria da área rural, atendidos em 02 (dois) Postos de Saúde, 06 (seis) referidos consultórios (DATASUS/MS 2001), 03 equipes do Programa de Saúde da Família, PSF, e 12 Agentes Comunitários de Saúde, ACS. Serão recrutados aproximadamente 921 pacientes, distribuídos por distritos a partir da referência dos ACS e PSF previamente treinados. O estudo, com prévia divulgação para motivação na mídia, se processará em dois grupos sem diferenças entre si que não sua forma de recepção.

Exame clínico inicial para colheita dos dados socio-demográficos, seguido do geriátrico/neurológico/ psiquiátrico, com aplicação da Escala Geriátrica de Depressão, GDS; e do Exame do Estado Mental, MEEM e Índice de Barthel; colheita de 5,0 ml de sangue venoso para dosagem de T4 e TSH, além do hemograma e pacientes diagnosticados como deprimidos, receberão atendimento ambulatorial, compoem o "modus faciend" da pesquisa. A análise dos dados será computadorizada em planilha e transportados para o programa SPSS, para conferência final.





Serviço Público Federal  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Maternidade Climério de Oliveira -UFBA

Cronograma monitora todo o trabalho, o qual será sustentado pelo PROSI, pela DINEP e pela FAPESB. Orçamento modesto, com contrapartidas da Secretaria da Saúde do Estado de Bahia, da UFBA e da própria Investigadora. Há segura beneficência. O "Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido" está ético para a natureza da pesquisa. Opinamos pela sua aceitação.

Além dos relatórios previstos na "Folha de Rosto" deve o Pesquisador Principal remeter a este CEP, ao final da pesquisa, relatório sintético sobre a mesma.

Salvador, 10 de setembro de 2003

Relator: *Edizabette R.S. de Jesus*

Projeto aprovado.

Coordenador

*Antônio dos Santos Barrata*  
Prof. Dr. Antônio dos Santos Barrata  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisas Humanas  
MCO - Universidade Federal da Bahia

Observação importante: toda a documentação anexa ao protocolo proposto e rubricada pelo Pesquisador, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da secretária deste ao Pesquisador, faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução.



**PDF Complete**  
Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

no periódico International Journal of Geriatric Psychiatry

## Instructions to Authors

**Initial Manuscript Submission.** Authors in North and South America and Japan should submit three copies of the manuscript (including copies of tables and illustrations) to George S. Alexopoulos, Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, New York Hospital, Cornell Medical Center, 21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605, USA. All other manuscripts should be submitted to Professor Alistair Burns, School of Psychiatry and Behavioural Sciences, Room 18, 2nd Floor, Wythenshawe Hospital, Southmoor Road, Wythenshawe, Manchester M23 9LT. UK.

Authors **must** also supply:

- an electronic copy of the final version (see section below),
- a [Copyright Transfer Agreement](#) with original signature(s) - without this we are unable to accept the submission, and
- permission grants - if the manuscript contains extracts, including illustrations, from other copyright works (including material from on-line or intranet sources) it is the author's responsibility to obtain written permission from the owners of the publishing rights to reproduce such extracts using the Wiley [Permission Request Form](#). Permission grants should be submitted with the manuscript.

Submitted manuscripts should not have been previously published and should not be submitted for publication elsewhere while they are under consideration by Wiley. Submitted material will not be returned to the author unless specifically requested.

**Electronic Submission.** The electronic copy of the final, revised manuscript must be sent to the Editor **together with** the paper copy. Disks should be PC or Mac formatted; write on the disk the software package used, the name of the author and the name of the journal. We are able to use most word processing packages, but prefer Word or WordPerfect.

Illustrations must be submitted in electronic format where possible. Save each figure as a separate file, in **TIFF** or **EPS** format preferably, and include the source file. Write on the disk the software package used to create them; we favour dedicated illustration packages over tools such as Excel or Powerpoint.

**Manuscript style.** The language of the journal is English (American English is also acceptable). All submissions including book reviews must have a title, be printed on one side of the paper, be double-line spaced and have a margin of 3cm all round. Illustrations and tables must be printed on separate sheets, and not be incorporated into the text. Original and Review articles ideally should not exceed 2,000 words with no more than 6 tables or illustrations.

- The **title page** must list the full title, short title and names and affiliations of all authors. Give the full address, including email, telephone and fax, of the author who is to check the proofs.
- Include the name(s) of any **sponsor(s)** of the research contained in the paper, along with **grant number(s)**.

Supply an **abstract** of up to 250 words for all articles except book reviews. An abstract is a concise summary of the whole paper, not just the conclusions, and is understandable without reference to the rest of the paper. It should contain no citation to other published work.

- include between 5 and 10 **keywords** that describe your paper for indexing purposes.
- All abbreviations should be preceded the first time they appear by the full name except the SI symbols for units which are to be used without explanation. Mathematical symbols may be either hand or typewritten. Greek letters and unusual symbols should be identified separately in the margin. Distinction should be made between capital and lower case letters; between the letter O and zero, between I and the number one and prime, between k and kappa.
- Generic or chemical names should be used for all compounds: identify materials and products. State the species of any animals used precisely. Indicate the sources of unusual materials and chemicals, and the model and manufacturer of equipment. Identify materials and products by their generic term followed by the trade name in brackets.

**Reference Style.** References should be quoted in the text as name and year and listed at the end of the paper alphabetically. All references must be complete and accurate. Where possible the [DOI](#) for the reference should be included at the end of the reference. Online citations should include date of access. The *International Journal of Geriatric Psychiatry* uses *Index Medicus Style* abbreviations for journals cited. For correct abbreviations visit <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>. If necessary, cite unpublished or personal work in the text but do not include it in the reference list. References should be listed in the following style:

**Journals:** Chou K-L, Chi I. 2004. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in elderly Chinese *Int J Geriatr Psych* **19**: 825-832. DOI: 10.1002/gps.1174

**Books:** Porteus SD. 1959. *The Maze Tests and Clinical Psychology*. Pacific Books: Palo Alto.

**Chapters in Books:** Rabbitt PMA. 1982. How do old people know what to do next? In *Aging and Cognitive Processes*, Craik FIM, Trehub S (eds). Plenum Press: New York; 79-98.

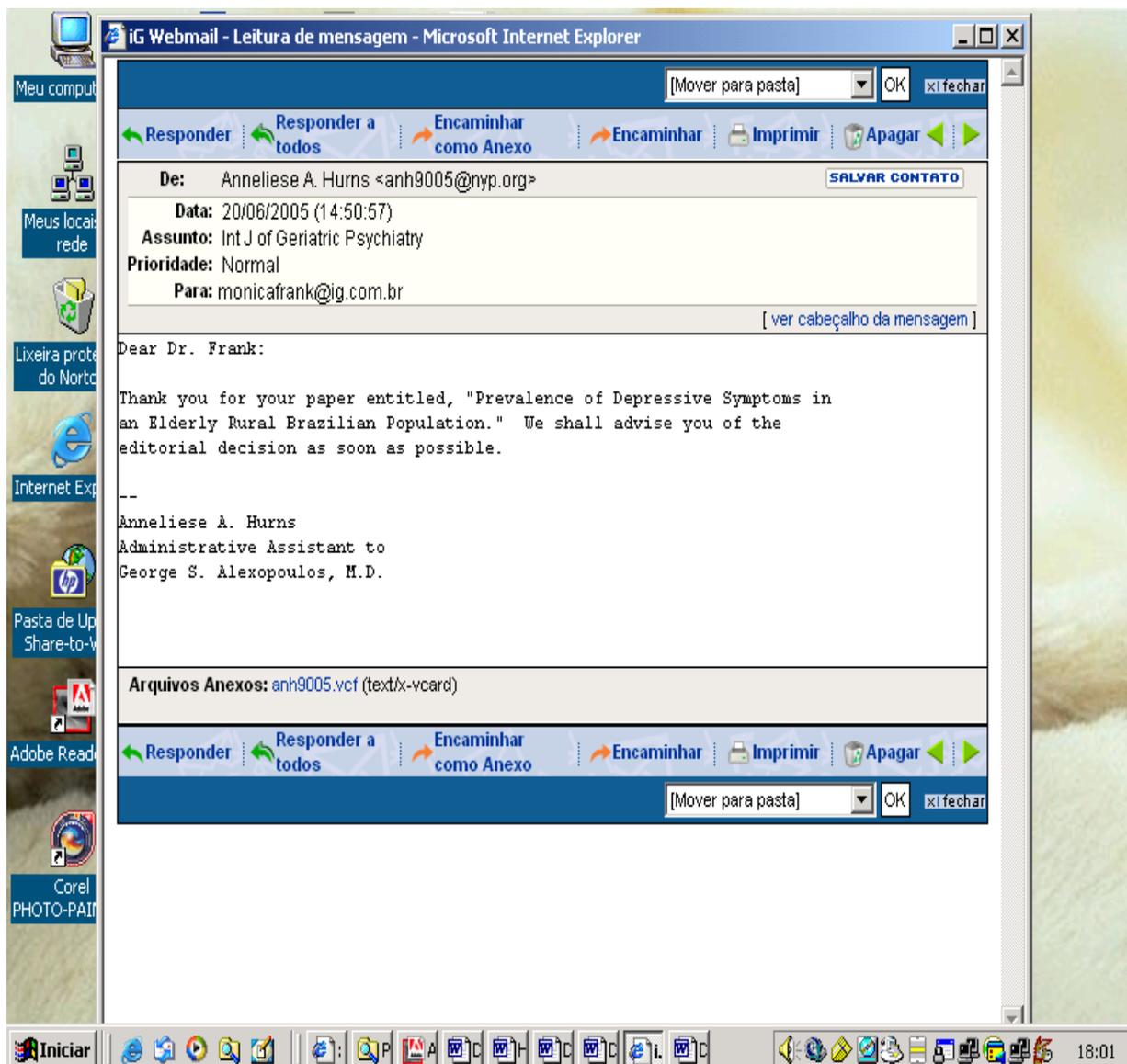
**Illustrations.** Supply each illustration on a separate sheet. Write the lead author's name and the figure number on the reverse, and make sure the top of the figure is clearly indicated. Supply original photographs; photocopies or previously printed material will not be used. Line artwork must be high-quality laser output (not photocopies). Tints are not acceptable; lettering must be of a reasonable size that would still be clearly legible upon reduction, and consistent within each figure and set of figures. Artwork must be sized to the text width of 75mm/single and 155mm/double column.

The cost of printing colour illustrations in the journal will be charged to the author. If colour illustrations are supplied electronically in either TIFF or EPS format, they may be used in the PDF of the article at no cost to the author, even if this illustration was printed in black and white in the journal. The PDF will appear on the *Wiley InterScience* site.

**Copyright.** To enable the publisher to disseminate the author's work to the fullest extent, the author must sign a [Copyright Transfer Agreement](#), transferring copyright in the article from the author to the publisher, and submit the original signed agreement with the article presented for publication. A copy of the agreement to be used (which may be photocopied) can be found in the first issue of each volume of the *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Copies may also be obtained from the journal editor or publisher, or may be printed from this website.

**Further Information.** Proofs will be sent to the author for checking. This stage is to be used only to correct errors that may have been introduced during the production process. Prompt return of the corrected proofs, preferably within two days of receipt, will minimise the risk of the paper being held over to a later issue. 25 complimentary offprints will be provided to the author who checked the proofs, unless otherwise indicated. Further offprints and copies of the journal may be ordered. There is no page charge to authors.

o recebimento dos originais do artigo enviado



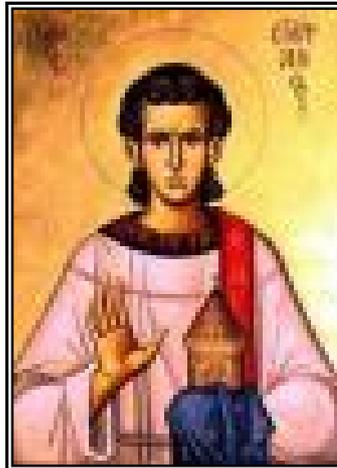


Figura II: Imagem de Santo Estêvão

### **Santo Estêvão**

o Santo Estêvão primeiro martir cristão. Santo Estêvão morreu apedrejado nas vizinhanças de Jerusalém pouco depois da crucificação (Atos 7:59). Estêvão era um dos sete ministros da igreja, ou diáconos, escolhidos pelos apóstolos. Os diáconos deveriam cuidar dos pobres. Estêvão era um homem profundamente religioso, conhecido por seus ensinamentos e pelos milagres que realizava. Os adversários de Estêvão acusaram-no de pregar desobediência aos costumes e leis associados à Lei de Moisés. Ele foi levado a julgamento perante a alta corte de Sinedrim, onde fez um belo discurso em defesa própria (Atos 7). Disse que não estava pregando contra a Lei Sagrada mas que seus acusadores estavam deixando de obedecer a lei. A multidão enfureceu-se e o atacou, uma testemunha da sua morte foi São Paulo, que ainda não havia se convertido ao Cristianismo (Atos 8:1). A Igreja Católica e a Igreja da Inglaterra comemoram o dia de Santo Estêvão em 26 de dezembro.ö