

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Pâmela Völz¹, Elaine Tomasi¹, Mirelle Saes², Natália Stofel³, Elaine Thumé¹, & Luiz Facchini¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas-RS, Brasil, pammi.volz@gmail.com, tomasiet@gmail.com, elainethume@gmail.com, luzifacchini@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande, Faculdade de Medicina – FURG, Rio Grande – RS, Brasil, mirelleosaes@gmail.com

³Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos-SP, Brasil, natalia.stofel@ufscar.br

RESUMO: Caracterizar a incidência de depressão em idosos em estudos longitudinais, com ênfase nas relações causais entre os fatores de risco e a doença. Revisão sistemática de literatura, sem restrição de datas e idiomas. Foram incluídos estudos observacionais longitudinais e de base comunitária com idosos, e que utilizavam instrumentos para aferir depressão. Foram encontrados 3.395 artigos e após revisão por pares, 20 foram selecionados. Dentre os trabalhos de incidência cumulativa as medidas variaram de 1,4% a 30,6% e, dentre aqueles que mediram a densidade de incidência, as taxas variaram de 16,4/1000 a 141/1000 pessoas-ano. Os estudos indicaram uma maior chance de depressão em idosos do sexo feminino, mais velhos, com baixa escolaridade, com baixo nível socioeconômico, com rede social comprometida, morbidades crônicas e multimorbidade, com comprometimento cognitivo, incapacidade funcional, com consumo arriscado de álcool e sedentarismo. Os idosos acumulam experiências de vida que podem levar a quadros depressivos ou passarem por circunstâncias que os desencadeiem. O cuidado integral longitudinal em saúde, poderia identificar precocemente e prevenir o agravamento de sintomas depressivos nos idosos.

Palavras-Chave: Depressão, idoso, incidência.

INCIDENCE OF DEPRESSION IN THE ELDERLY AND ASSOCIATED FACTOR: SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: To characterize the incidence of depression in the elderly in longitudinal studies, with emphasis on the quantification of causal relationships between the risk factors and the onset of the disease. Literature systematic review, with no restriction of dates and languages. Were included observational longitudinal and community-based studies, performed with the elderly and that used instruments to measure depression. Were found 3.395 articles after excluding duplication, and 20 were selected for review after process of reading and evaluating according inclusion and exclusion criteria. Among the cumulative incidence studies, the measures ranged from 1.4% to 30.6% and, among the studies that measured incidence density, rates ranged from 16.4/1000 person-years to

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

141 / 1000 person-years. The variability may be associated to the different methodologies and instruments used, the different socio-political and economic contexts in which the studies were developed and the heterogeneity of the sample. The studies indicated a significantly higher probability of depression in female elderly, older, with a low level of education, a low socioeconomic level, a compromised social network, chronic morbidity and multimorbidity, with cognitive impairment, functional disability, risky alcohol consumption and sedentary lifestyle. Variation in incidence rates of cases of depression and depressive symptoms can be attributed to different instruments used, follow-up time and cultural contexts. Comprehensive longitudinal health care, which should be dispensed to the population, especially in basic care, could identify early and prevent the worsening of depressive symptoms in the elderly.

Keywords: Depression, elderly, incidence.

Recebido em 23 de outubro de 2019/ Aceite em 12 de novembro de 2020

A depressão é um distúrbio afetivo multifatorial, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite e sensação de cansaço ou falta de concentração (Drago & Martins, 2012; Máximo, 2010; OMSM, 2012; Paradela, 2011). Pode tornar-se crônica ou recorrente, reduzindo a capacidade dos indivíduos em lidar com responsabilidades cotidianas, estando associada ao suicídio (OMSM, 2012).

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, avaliada pelo indicador Anos Vividos com Incapacidade, a terceira maior responsável pelos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (OMSM, 2012) e uma das principais contribuintes para a carga global de doenças (Aziz & Steffens, 2013; OMSM, 2012; Schmall, 2004). No marco da determinação social da saúde, sua ocorrência se associa a múltiplas causas, como as biológicas, psicológicas, sociais, culturais, econômicas e familiares (Brasil, 2006).

O conhecimento sobre a incidência de depressão em idosos e seus determinantes é essencial para estimar o risco de desenvolver a doença. A ausência destes estudos dificulta a formulação de políticas públicas, o planejamento dos serviços de saúde e a formação e educação permanente de profissionais de saúde (Batistoni et al., 2007).

A aferição da ocorrência da depressão em idosos varia de acordo com o tipo de instrumento, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. Para inquéritos de base populacional utilizam-se instrumentos para diagnóstico e para rastreamento. Os principais recursos para diagnóstico e classificação da depressão são o Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV), que é uma ferramenta para clínicos, um recurso educacional essencial para estudantes e profissionais, e uma referência para pesquisadores no campo (DSM-IV, 1994) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10) (CID-10, 2014). E, para rastreamento são: Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1983), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977), Depression Diagnosis from the Geriatric Mental Automated Geriatric Examination for Computer Assisted (GMS-AGECAT), General Health Questionnaire (GHQ-12) (Mari & Williams, 1985) e Diagnostic Interview Schedule (DIS). A presente revisão tem como objetivo caracterizar a incidência de depressão em idosos em estudos longitudinais, com ênfase na quantificação das relações causais entre os fatores de risco e o início da doença. A sistematização dos achados se justifica pela relevância do conhecimento sobre a magnitude do problema e seus determinantes, servindo de subsídio para o desenvolvimento de ações preventivas (Bonita, 2010).

MÉTODO

De março a maio de 2019 realizou-se uma busca junto à base PubMed, com os seguintes descritores: depression (MESH) OR depressive disorder (MESH) OR depression elderly (MESH) AND elderly (MESH) OR old aged (MESH) AND incidence (TITULO/RESUMO). A revisão foi realizada em pares e o programa Endnote X7 (17.8.0.11583) foi utilizado para a organização das referências. Não houve delimitação de idiomas e nem de período temporal para buscas.

Foram incluídos estudos observacionais longitudinais de base populacional, realizados com idosos e que utilizavam entrevistas baseadas em critérios diagnósticos do DSM ou da CID ou instrumentos de rastreamento para aferir depressão. Foram excluídos artigos com dados coletados em hospitais, casas geriátricas, centro de especialidades e serviços de atenção primária à saúde. Também foram excluídos trabalhos com delineamento transversal, de caso-controle, ensaios clínicos randomizados e controlados, revisões sistemáticas ou meta-análises, estudos de validação de instrumentos, e aqueles que destacavam a depressão não como desfecho e sim fator de risco para outras doenças.

As informações dos artigos selecionados são apresentadas no Quadro 1. Os critérios propostos por Downs e Black (1998) foram utilizados para avaliar a qualidade dos trabalhos, através de uma escala de itens, com cada item valendo um ponto. A redação deste artigo atendeu às recomendações do relatório PRISMA (Liberati et al., 2009).

RESULTADOS

Foram identificadas 3.395 referências. Após leitura dos títulos, 178 resumos foram lidos e, destes, 89 artigos foram selecionados. Após leitura dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 20 trabalhos para esta revisão (Figura 1). Os artigos selecionados foram, em sua maioria, publicados em língua inglesa (18), havendo duas publicações em português. A pontuação no Downs e Black variou de 14 a 18 pontos e média foi de 16,5.

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

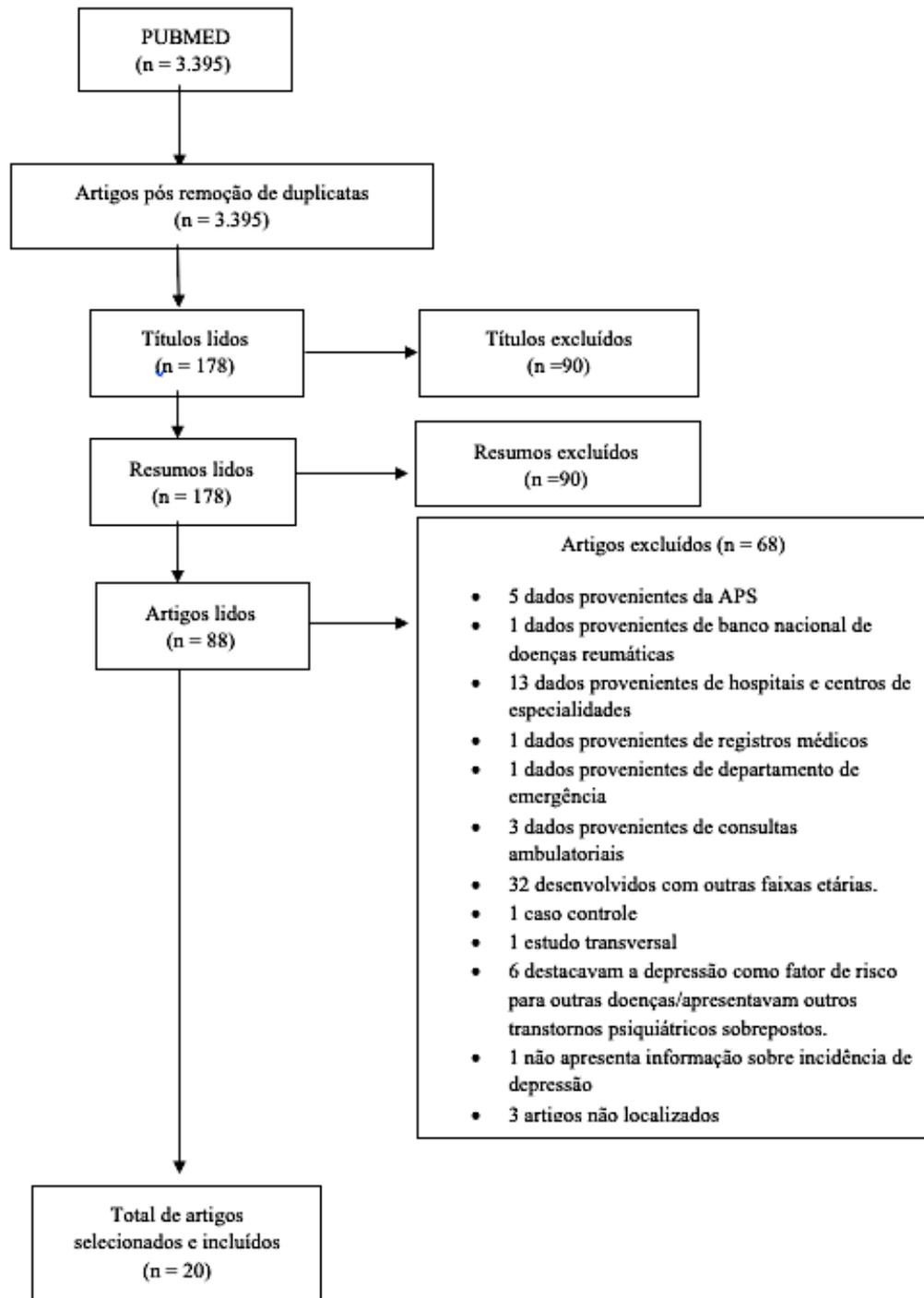


Figura 1. Diagrama do fluxo do processo de seleção dos artigos nas diferentes fases da revisão sistemática.

Quadro 1. Estudos que avaliaram a incidência cumulativa e a densidade de incidência de depressão em idosos, 2019.

Estudo/Ano	População	Idade	Período de acompanhamento	Instrumento	Incidência	Fatores associados
INCIDÊNCIA CUMULATIVA						
Batistoni et al., 2010 (Brasil)	1686	60 ou mais	15,7 meses	CES-D	15,02%	Sexo/Escolaridade
Bojorquez-Chapela et al., 2012 (México)	5465	65 a 74 anos	11 meses	GDS-15	24,02%	Sexo, Estado civil, Escolaridade, Privações sociais, Incapacidades
Collard et al., 2015 (Itália)	1155	65 ou mais	9 anos	CES-D	30,60%	Incapacidades
Forsell and Winblad, 1999 (Suécia)	2368	75 ou mais	3 anos	DSM-III-R	1,04%	Rede social, Demência
Kim et al., 2006 (Coreia)	732	65 ou mais	2,4 anos	GMS-AGCAT	12,00%	Doença cardíaca, AVC, Baixa densidade lipoproteica
Lue et al., 2010 (China)	2890	65 ou mais	5 anos	CES-D	19,07%	
Maraldi et al., 2007	2522	70 a 79 anos	5,9 anos	CESD-10	23,5% com diabetes 19,0% sem diabetes	Diabetes
Mast et al., 2008 (EUA)	3075	70 a 79 anos	2 anos	CES-D	7,60%	Angina, Doença cardíaca, Fatores de risco vasculares, Glicose em jejum HD, Hemoglobina, Síndrome metabólica
Michikawa et al., 2013 (Japão)	834	65 ou mais	2,5 anos	GDS	20,05% com zumbido 9,05% sem zumbido	Zumbido no Ouvido
Park et al., 2015 (Coreia do Sul)	1038	65 ou mais	5 anos	SGDS-K/GDS-15	21,80%	Problemas Cognitivos
Saito et al., 2010 (Japão)	5294	65 ou mais	3 anos	GDS-15	19,6% com deficiência auditiva 8,0% sem deficiência auditiva	Problema Auditivo
Yoshida et al., 2015 (Japão)	1327	65 ou mais	3 anos	GDS-15	16,90%	Manutenção da atividade física
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA						
Gureje et al., 2011 (Nigéria)	2149	65 ou mais	3 anos	DSM-IV	104/1000	Dor articular, Diabetes, Problemas cognitivos, Utilização de medicamentos

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

Luppa et al., 2012 (Alemanha)	1692	75 ou mais	8 anos	CES-D	34/1000	Sexo, Consumo de álcool, Auto-percepção de saúde, Incapacidades
Meller et al., 1996 (Alemanha)	18363	85 ou mais	1 ano	GMS-AGCAT	133,49/1000	Sexo, Morar na zona rural, Rede social
Nascimento et al., 2015 (Brasil)	1606	60 ou mais	10 anos	GHG-12	46/1000	Institucionalização, Incapacidades
Pálsson et al., 2001 (Suécia)	1392	70, 75, 79, 81, 83 e 85 anos	15 anos	DSM-II-R	23/1000	Idade
Solfrizzi et al., 2007 (Itália)	5632	65 a 84 anos	3,5 anos	GDS-30	29,6/100 diagnóstico de MCI	Problemas cognitivos
Stek et al., 2006 (Holanda)	705	85 a 89 anos	4 anos	GDS-15	68/1000	Institucionalização
Norton et al., 2006	5677	65 ou mais	18 meses	DIS	10,5/1000	

As amostras variaram de 705 a 5.764 idosos e um estudo incluiu 18.363 idosos. Os estudos foram conduzidos na Coreia, Japão, Itália, Estados Unidos, Suécia, Reino Unido, Países Baixos (Holanda), Alemanha, - países de renda alta - México, China, Brasil - países de renda média - e Nigéria - renda baixa. O período de observação variou entre 11 meses (Bojorquez-Chapela et al., 2012) a 15 anos (Pálson et al., 2001).

Doze estudos avaliaram incidência cumulativa de depressão e oito avaliaram a densidade de incidência. Dentre os que avaliaram a incidência cumulativa, apenas o estudo de Forsell e Winblad (1999), utilizou o critério diagnóstico do DSM-III-R para avaliar depressão maior e após três anos de acompanhamento na Suécia, a incidência estimada foi de 1,4%. O GMS-AGECAT foi utilizado em um estudo e a incidência encontrada foi de 12,0% após dois anos e quatro meses de acompanhamento na Coreia (Kim et al., 2006). A presença de sintomas depressivos rastreados através do instrumento CES-D e CES-D-10 foi avaliada por cinco estudos e a incidência de depressão variou de 7,6% após dois anos de seguimento nos Estados Unidos (Mast et al., 2008) a 30,6% após nove anos de seguimento na Itália (Collard et al., 2015). O rastreamento de sintomas depressivos também foi realizado utilizando o GDS e GDS-15 em cinco estudos, com medidas que variaram de 8,0% após três anos de acompanhamento de idosos no Japão (Saito et al., 2010) a 24,2% após 11 meses de acompanhamento no México (Bojorquez-Chapela et al., 2012).

Dentre os estudos que avaliaram a densidade de incidência, dois utilizaram os critérios diagnósticos do DSM para avaliar depressão maior: Pálsson et al. (2001), utilizaram o DSM-II-R e após 15 anos de acompanhamento na Suécia verificaram que a incidência de depressão foi 23/1000 e Gureje et al. (2011) utilizaram o DSM-IV e após cinco anos de acompanhamento na Nigéria verificaram que a incidência de depressão foi 104,3/1000. O GMS-AGECAT foi utilizado por um estudo e a incidência identificada foi 133,49/1000 pessoas ano após um ano de acompanhamento na Alemanha (Meller et al., 1996). A presença de sintomas depressivos com o CES-D foi avaliada por Luppá et al. (2012) e a incidência de depressão foi de 34/1000 após oito anos de seguimento na Alemanha (Luppá et al., 2012). O GDS-15 foi utilizado em dois estudos com medidas que variaram de 29,6/100 em idosos com comprometimento cognitivo leve após três anos e meio de acompanhamento na Itália (Solfrizzi et al., 2007) a 68/1000 após quatro anos de acompanhamento na Holanda (Stek et al., 2006). Nascimento et al. (2015) utilizou o GHQ-12 entre idosos no Brasil e a incidência estimada foi de 46/1000 e Norton et al. (2006) utilizando o DIS e encontrou uma incidência de 10,5/1000 em idosos dos Estados Unidos.

Os fatores associados à incidência de depressão nos idosos foram avaliados em todos os estudos e as associações foram expressas por meio de *risco relativo* (RR), *odds ratio* (OR), *hazard ratio* (HR) ou *desvio relativo* (z). Os principais fatores investigados foram: socioeconômicos (escolaridade, renda e privações sociais), demográficos (sexo, idade, estado civil), rede social e de apoio, comportamentais (consumo abusivo de álcool, inatividade física), problemas de saúde (dor crônica, problemas de audição, diabetes, cardiopatias, doenças cerebrovasculares, baixa densidade lipoproteica, infarto agudo do miocárdio, colesterol e síndrome metabólica, demência, redução da memória subjetiva e auto percepção de saúde) e incapacidades (básicas e instrumentais da vida diária). Os resultados de interesse vinculados a estes fatores são apresentados a seguir.

Socioeconômicos

Bojorquez-Chapela et al. (2012), demonstraram que os idosos que residiam em localidades rurais com infraestrutura inadequada tinham mais risco de apresentarem depressão (OR=1,80; IC95% 1,23–2,63) se comparados com os idosos que residiam em localidades com uma infraestrutura adequada, ou seja, com água, luz, acesso a serviços de saúde, educação e supermercados. Em consonância,

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

Gureje et al. (2011), observaram que as mulheres residentes em áreas rurais tinham 2,50 (IC95% 1,40-4,40) mais chance de desenvolver depressão do que as de áreas urbanas.

Bojorquez-Chapela et al. (2012) verificaram que os idosos que sabiam ler e escrever tinham menos chance de desenvolver depressão (OR=0,61; IC95%:0,41-0,91) do que os idosos que não detinham esse conhecimento.

Demográficos

Gureje et al. (2011) e Luppá et al. (2012) encontraram, respectivamente, uma chance de 1,63 (IC95%1,30-2,06) e 2,93 (IC95% 1,50-5,73) das mulheres apresentarem mais depressão se comparadas com os homens. Bastistoni et al. (2010) verificaram que a incidência de depressão nas mulheres foi de 47,6% e nos homens de 9,8%. Em contrapartida, Bojorquez-Chapela et al. (2012) identificaram que as mulheres tiveram menos chance de desenvolver depressão (OR=0,54; IC95% 0,30–0,97) do que os homens.

Pálsson et al. (2001) verificaram que a incidência de depressão aumentou de 17/1000 pessoas-ano entre 70 e 79 anos, para 44/1000 pessoas-ano entre 79 e 85 anos. Observaram também que, entre 70 e 85 anos, a incidência de depressão foi de 12/1000 pessoas-ano entre os homens e de 30/1000 pessoas-ano entre as mulheres.

Rede social e de apoio

Forsell e Winblad (1999) verificaram que idosos que não receberam visitas ao longo do mês em que foram entrevistados e que não tinham amigos e nem conhecidos para conversar livremente tiveram mais chance de desenvolver depressão do que os idosos que não relataram estas condições (OR=3,30; IC95% 1,20-5,40). Gureje et al. (2011) demonstraram que as mulheres sem contato regular com os amigos tinham maior risco de desenvolver depressão do que aquelas com contato diário (RR=2,10; IC95% 1,10-3,70).

Para Bojorquez-Chapela et al. (2012) o risco de incidência de depressão foi significativamente maior nos idosos viúvos (OR=8,47; IC95% 2,71–26,42) se comparado com os idosos casados ou com companheiro. Stek et al. (2006) verificaram que a institucionalização dos idosos aumentou a incidência de depressão (RR=2,80; IC95% 1,30–6,40).

Comportamentais

Luppá et al. (2012) verificaram que o consumo arriscado de álcool (dose diária de > 20 g para mulheres e > 30 g para os homens) esteve associado ao aumento da incidência de depressão (HR=2,33; IC95% 1,09-4,96).

Collard et al. (2015) verificaram que os idosos que realizavam pouca atividade física – menos de uma hora por semana de caminhadas – tinham mais chance de desenvolver depressão se comparados àqueles que realizavam caminhadas por mais de uma hora por semana (HR=1,68 IC95% 1,17-2,42). Yoshida et al. (2015) e Park et al. (2015) observaram, respectivamente, que a manutenção da prática de atividade física ou a realização de atividades físicas acima do nível moderado eram fatores de proteção para a incidência de depressão (OR=0,50; IC95% 0,30-0,83) e (OR=0,44 IC95% 0,22-0,85).

Problemas de saúde

Para Nascimento et al. (2015), os idosos que relataram sentir dor articular crônica tiveram 1,68 (IC95% 1,22 – 2,31) vezes mais chance de apresentar depressão se comparados com aqueles que não sentiam dores.

Michikawa et al. (2013) observaram que a incidência de depressão em idosos com zumbido no ouvido foi de 20,5% enquanto que entre os idosos sem o sintoma a incidência foi de 9,5%. Saito et al. (2010) verificaram que os idosos com problemas de audição tiveram 2,45 (IC95% 1,26-4,77) vezes mais chance de desenvolver depressão se comparados com aqueles que não apresentavam o problema.

Para Nascimento et al. (2015), idosos com diabetes tiveram maior risco de desenvolver depressão (HR=1,59; IC95% 1,14-2,20) e Mast et al. (2008) verificaram que os idosos que apresentaram o exame de glicose em jejum alterado tiveram mais chance de desenvolver depressão do que os idosos que não apresentaram alteração no exame (OR=1,52; IC95% 1,03-2,26).

Kim et al. (2006), Luppá et al. (2012) e Mast et al. (2008) verificaram que a doença cardíaca preexistente (OR=2,10; IC95% 1,30-3,30), a doença cardíaca coronariana (OR=1,68; IC95% 1,09-2,59), a angina (OR=1,71; IC95% 1,17-2,50), a síndrome metabólica (OR=1,70; IC95% 1,17-2,45) e seus componentes: baixa densidade lipoproteica (LDL) (OR=1,30; IC95% 1,10-1,60), alta densidade lipoproteica (HDL) (OR=1,66; IC95% 1,13-2,44) e hemoglobina glicada (A1C) (OR=1,57; IC95% 1,01-2,45) estavam significativamente associados com a incidência de depressão. Mast et al. (2008) também identificaram maior incidência de depressão entre idosos com quatro ou mais fatores de risco para doenças vasculares (OR=2,03; IC95% 1,22-3,40).

De acordo com Forsell e Winblad (1999) pessoas com demência apresentaram mais chance de depressão (OR=2,80; IC95% 1,10-4,50). No entanto, a depressão foi maior entre os idosos com menor grau de comprometimento cognitivo do que entre os idosos com manifestações mais graves. Nascimento et al. (2015) verificaram que idosos com problemas cognitivos tinham mais probabilidade de desenvolver depressão (OR=1,66; IC95% 1,18–2,33) e Park et al. (2015) observaram que a menor função executiva foi preditora da incidência de depressão tinham menos probabilidade de desenvolver depressão (OR=0,93; IC95% 0,89-0,98).

Luppá et al. (2012) relataram que os idosos que avaliaram a sua situação de saúde como ruim ou péssima tinham 2,60 (IC95% 1,31-5,14) mais risco de desenvolver depressão se comparados aos que se consideravam satisfeitos com sua saúde.

Incapacidades

Para Luppá et al. (2012), Michikawa et al. (2013) e Stek et al. (2006) a depressão foi significativamente maior entre os idosos com incapacidade para o desenvolvimento de atividades básicas e instrumentais da vida diária, com risco de 2,60 (IC95% 1,31–5,14), 2,64 (IC95% 1,28–5,46) e 2,20 (IC95% 1,30-3,80), respectivamente. No mesmo sentido, Bojorquez-Chapela et al. (2012) identificaram que idosos funcionalmente independentes são menos propensos a desenvolverem depressão (OR=0,4; IC95% 0,27-0,79). Para Collard et al. (2015) idosos com fragilidade física tiveram 26,0% mais chance de apresentar depressão (IC95% 1,09,-1,45) se comparados com aqueles sem fragilidade.

Uso de medicamentos

Nascimento et al. (2015) verificaram um efeito dose-resposta entre a quantidade de medicamentos utilizada nos 90 dias que antecederam a pesquisa e depressão. Idosos que referiram utilizar dois a quatro medicamentos apresentaram uma chance de 1,95 (IC95% 1,21-3,15) maior de desenvolverem depressão, e para aqueles que faziam uso de cinco ou mais medicamentos, a chance foi de 2,19 (IC95% 1,31-3,66).

DISCUSSÃO

A presente revisão sobre incidência de depressão em idosos destaca-se por uma seleção abrangente, contemplando distintas realidades socioeconômicas e culturais de todos os continentes e diversidade de instrumentos de avaliação.

Os estudos apontaram uma grande variabilidade na incidência de depressão em idosos, em função de diferentes metodologias e instrumentos, contextos sociais dos estudos e heterogeneidade das amostras. As medidas de incidência cumulativa variaram de 1,4% (Mast et al., 2008) a 30,6% (Mari & Williams, 1985), enquanto as de densidade de incidência oscilaram entre 16,4/1000 pessoas-ano (Norton et al., 2006) e 141/1000 pessoas-ano (Gureje et al., 2011). Em geral, os estudos que utilizaram critérios diagnósticos para classificar a depressão, apresentaram incidências menores (Forsell & Winblad, 1999) do que aqueles que aplicaram instrumentos para rastreamento (Giltay et al., 2006).

As taxas de incidência nos países de renda média e alta, com exceção de um estudo na Holanda, não excederam 44% e foram similares. A maior incidência de depressão foi relatada por Gureje et al. (2011) na Nigéria, país que está entre os piores em qualidade de vida e um dos primeiros em níveis de pobreza.

Dois estudos verificaram (Bojorquez-Chapela et al., 2012; Gureje et al., 2011) que as desvantagens econômicas e a inadequação da infraestrutura das localidades em que os idosos viviam condicionaram seu acesso a serviços públicos de saúde bem como à moradia adequada, a alimentos nutritivos, ao saneamento básico, à compra de medicamentos e manutenção do tratamento e, conseqüentemente, ao bem estar e à segurança. Aliados às desvantagens econômicas, os baixos níveis de escolaridade influenciam a saúde física e mental dos idosos e estão diretamente relacionados com seu trabalho e a renda ao longo da vida. Idosos com menor escolaridade tendem a ter pior autopercepção de saúde e a adotar comportamentos pouco saudáveis.

Embora a depressão acometa ambos os sexos, quatro estudos verificaram que ela é mais incidente em mulheres (Batistoni et al., 2007; Gureje et al., 2011; Liberati et al., 2009; Luppá et al., 2012), o que pode advir do acúmulo, ao longo da vida, da dicotomia dos papéis de gênero e das relações de poder na sociedade, onde a violência social, o assédio moral, a misoginia, a maior dependência, a menor autoestima e a desqualificação política permeiam as relações familiares, trabalhistas e comunitárias e expõe as mulheres à violência doméstica e à falta de reconhecimento social do trabalho no lar. Ademais, o seu maior contato com os serviços de saúde desde a menarca até a menopausa aumentam a probabilidade de obter um diagnóstico e tratamento para depressão.

A idade também esteve associada à depressão em um estudo (Forsell & Winblad, 1999). O aumento da longevidade, principalmente nas mulheres, está diretamente relacionado ao maior risco de acometimento por alguma doença crônica, entre elas, a depressão.

Três estudos verificaram que a pouca quantidade e a baixa qualidade do apoio que os idosos recebem de seus familiares e amigos contribuem para o aumento na incidência da depressão (Batistoni et al., 2010; Kim et al., 2006; Meller et al., 1996). No processo de envelhecimento, a instabilidade econômica e a dependência física tornam a família e os amigos os principais suportes para o idoso. Por isso, a ausência de uma relação estreita e de confiança com sua rede de apoio aumenta o risco de depressão, principalmente se combinado com episódios de violência intrafamiliar. A institucionalização ou a morte de um cônjuge, familiar ou amigo próximo são condições indutoras de estresse, de perda de papéis sociais, de marginalização e de isolamento e, conseqüentemente, potencializadoras de risco de depressão.

Quatro estudos verificaram que fatores comportamentais (Collard et al., 2015; Luppá et al., 2012; Mari & Williams, 1985; Park et al., 2015) – consumo abusivo de álcool e inatividade física – estão relacionados a potenciais danos à saúde física e mental. Além dos sintomas depressivos serem

mas mascarados com a bebida alcoólica, a interação entre o álcool e demais substâncias químicas, presentes em medicamentos, inclusive psicoativos, pode gerar outros efeitos nocivos à saúde do idoso. A inatividade física está associada com a depressão por ser fator de risco para várias doenças crônicas e estar relacionada a fatores que podem levar a importantes perdas de capacidade funcional, como por exemplo, o aumento da adiposidade corporal e da pressão arterial e a redução da massa e da força muscular.

Embora qualquer condição grave ou crônica possa ser fator de risco para a depressão, nove estudos demonstraram que a presença de dor articular crônica, problemas de audição, diabetes, cardiopatias, doenças cerebrovasculares, baixa densidade lipoproteica, síndrome metabólica, doenças vasculares ou problemas cognitivos (Forsell & Winblad, 1999; Kim et al., 2006; Luppá et al., 2012; Mast et al., 2008; Michikawa et al., 2013; Nascimento et al., 2015; Park et al., 2015; Yoshida et al., 2015) está relacionada à maior incidência de depressão. A associação entre os problemas de saúde e a depressão pode ser afetada por fatores socioeconômicos e culturais, e também pela coexistência de múltiplas doenças e de incapacidades funcionais e cognitivas, o que aumenta a gravidade dos sintomas experimentados. Além disso, idosos com doenças crônicas e com dores moderadas e graves tendem a auto avaliar sua situação de saúde como ruim ou péssima e, apesar da subjetividade dessa avaliação, destaca-se que a piora da saúde orgânica e a maneira como o idoso se vê em relação ao seu estado de saúde geral associa-se com quadros depressivos.

Cinco estudos verificaram que as incapacidades para o desenvolvimento das atividades da vida diária implicam em várias restrições físicas e mentais para os idosos, reduzindo, por exemplo, sua capacidade de locomover-se, alimentar-se, vestir-se e pagar suas contas. Esta perda de autonomia afeta a qualidade de vida e pode aumentar o risco de depressão (Bojorquez-Chapela et al., 2012; Collard et al., 2015; Luppá et al., 2012; Michikawa et al., 2013; Stek et al., 2006).

Um estudo verificou que a utilização de vários medicamentos está associada à incidência de depressão (Nascimento et al., 2015). Os idosos tendem a ser acometidos por várias enfermidades e conseqüentemente utilizar vários medicamentos, com risco elevado de interação e potencialização de efeitos adversos, entre eles, a depressão.

Além de revelar a magnitude da incidência de depressão em idosos, alertando para seus altos índices, o que se pode concluir desta revisão é a variedade e a interrelação entre seus fatores associados, tornando este problema de saúde um dos mais complexos e desafiantes. Ao combinar determinantes socioeconômicos, comportamentais, da situação de saúde e da rede de apoio, a depressão parece constituir-se em um mal de muito difícil enfrentamento. Para isso, recomenda-se a adoção de políticas públicas que enfatizem a inclusão de idosos em atividades de lazer e produção artística – música, artesanato, artes cênicas -, além das práticas de atividade física. Os serviços de saúde, a partir de uma abordagem multidisciplinar, devem incorporar o domicílio e a comunidade como espaços de cuidado profissional e ampliar a utilização de protocolos e instrumentos de rastreamento de depressão para todos os idosos, trabalhando assim em prol da promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). American Psychiatric Association
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497-516. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001>.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 1137-43.

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600020>.

- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598-605. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200700040001>
- Bojorquez-Chapela, I. B., Manrique-Espinozab, B. S., Mejía-Arangoa, S., Solís, M. M. T. R., & Salinas-Rodríguez, A. (2012). Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging Mental Health*, 16(4), 462-71. <https://doi.org/10.1080 / 13607863.2011.651432>
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Collard R. M., Comijs, H. C., Naarding, P., Penninx, B. W., Milaneschi Y, Ferrucci L, & Voshaar, R. C. O. (2015). Frailty as a predictor of the incidence and course of depressed mood. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 509–514. <https://doi.org/10.1016 / j.jamda.2015.01.088>.
- Downs, S. H., & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomized and non-randomized studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology Community Health*, 52(6), 377-84. <https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377>.
- Drago, M. & Martins, R. A. (2012). Depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Forsell, Y., & Winblad, B. (1999). Incidence of Major Depression in a very elderly population. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), 368-72. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199905\)14:5<368::AID-GPS919>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199905)14:5<368::AID-GPS919>3.0.CO;2-Y)
- Giltay, E. J., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006) Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.027>
- Gureje, O., Oladeji, B., & Abiona, T. (2011). Incidence and risk factors for late-life depression in the Ibadan Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 41(9), 1897-906. <https://doi.org/10.1017 / S0033291710002643>.
- Kim, J. M., Stewart, R., Kim, S. W., Yang, S. J., Shin, I. S., & Yoon, S. J. (2006). Vascular risk factors and incident late-life depression in a Korean population. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 26-30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015032>.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339. <https://doi.org/10.1371 / journal.pmed.1000100>.
- Luppa, M., Luck, T., König, H. H., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 166-71. <https://doi.org/10.1016 / j.jad.2012.05.009>.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15(3), 651–659. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031500>.
- Mast, B. T., Miles, T., Penninx, B. W., Rosano, B., Satterfield, S., Ayonayon, H. N., Harris, T., & Simonsick, E. M. (2008). Vascular Disease and future risk of depressive symptomatology in older adults: Findings from the Health, Aging, and Body Composition Study. *Biological Psychiatry*, 64(4), 320-326. <https://doi.org/10.1016 / j.biopsych.2008.01.025>
- Máximo, G. C. (2010). *Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil* (Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Econômicas).

- Meller, I., Fichter, M., & Schröppel, H. (1996). Incidence of depression in octo- and nonagenarians: results of an epidemiological follow-up community study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247(5), 93-99. <https://doi.org/10.1007/BF02274899>
- Mendes-Chiloff, C. L. (2011). *Estudo SABE: sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu).
- Michikawa, T., Nishiwaki, Y., Saito, H., Mizutari, K., & Takebayashi, T. (2013). Tinnitus preceded depressive symptoms in community-dwelling older Japanese: A prospective cohort study. *Preventive Medicine*, 56(5), 333-6. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.01.016>.
- Nascimento, K. K. F., Pereira, K. S., Firmo, J. O. A., Lima-Costa, M. F., Diniz, B. S., & Castro-Costa, E. (2015). Predictors of incidence of clinically significant depressive symptoms in the elderly: 10-year follow-up study of the Bambui cohort study of aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(12), 1171–1176. <https://doi.org/10.1002/gps.4271>.
- Norton, Mc., Skoog, I., Toone, L., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Lisota, R. D., Hart, A. D., Zandi, P. P., Breitner, J. C., Welsh-Bohmer, K. A., & Steffens, D. C. (2006). Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: the Cache County study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 237-45. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000196626.34881.42>.
- Oliveira, J. B. A., & Lopes, R. G. C. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200003>.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Cid-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Vol.1*. EDUSP.
- Organização Mundial de Saúde Mental (OMSM) (2012). *Depression: A Global Crisis. 20th Anniversary of World Mental Health Day*. USA:WSMH.
- Pálsson, S. P., Östling, S., & Skoog, I. (2001). The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychological Medicine*, 31(7), 1159-68. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004524>.
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 31-40.
- Park, J. E., Lee, J-Y, Kim, B-S., Kim, K. W., Chae, S. H., & Cho, M. J. (2015). Above-moderate physical activity reduces both incident and persistent late-life depression in rural Koreans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 766–775. <https://doi.org/10.1002/gps.4244>.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Saito, H., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Mizutari, K., Takebayashi, T., & Ogawa, K. (2010). Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. *Journal of the American Geriatric Society*, 58(1), 93-7. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02615.x>.
- Schmall, V. L. (2004) *Depression in later life: recognition and treatment* [relatório técnico]. PNW 347: Oregon State University.
- Solfrizzi, V., D’Introno, A., Colacicco, A. M., Capurso, C., Parigi, A. D., Caselli, R. J., Scapicchio, P. L., Scafato, E., Gandin, C., Capurso, A., & Panza, F. (2007). Incident occurrence of depressive symptoms among patients with mild cognitive impairment - the Italian longitudinal study on aging. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(1), 55-64. <https://doi.org/10.1159/000103632>.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekman, A. T., & Westendorp, R. G. (2006). Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 65-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.65>.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1983). Development and

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS: REVISÃO

validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).

Yoshida, Y., Iwasa, H., Kumagai, S., Suzuki, T., Awata, S., & Yoshida, H. (2015) Longitudinal association between habitual physical activity and depressive symptoms in older people. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.*, 69(11), 686-92. <https://doi.org/10.1111/pcn.12324>.