

Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise

Prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults: a systematic review with meta-analysis

Joilson Meneguci¹

<https://orcid.org/0000-0003-2268-3589>

Cíntia Aparecida Garcia Meneguci¹

<https://orcid.org/0000-0002-5305-4024>

Marlon Martins Moreira¹

<https://orcid.org/0000-0002-2890-7339>

Kariny Rodrigues Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0002-0588-5907>

Sheilla Tribess²

<https://orcid.org/0000-0001-9421-1519>

Jeffer Eidi Sasaki²

<https://orcid.org/0000-0002-2083-4104>

Jair Sindra Virtuoso Júnior^{1,2}

<https://orcid.org/0000-0001-7602-1789>

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros residentes na comunidade. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados Medline, SciELO, *Web of Science*, Scopus e CINAHL, sendo selecionados estudos com idosos brasileiros que identificaram a prevalência de sintomatologia depressiva. De forma independente, dois pesquisadores selecionaram os estudos, extraíram os dados e avaliaram a qualidade metodológica. A metanálise foi realizada para estimar a prevalência de sintomatologia depressiva usando um modelo de efeito aleatório. **Resultados:** Foram identificados 176 artigos e 33 foram incluídos na revisão, que investigaram 34 prevalências, com um total de 39.431 idosos. A distribuição geográfica dos estudos indicou pesquisas em todas as regiões do Brasil. A versão curta da Escala de Depressão Geriátrica foi a mais utilizada. A prevalência estimada de sintomatologia depressiva foi de 21,0% (IC de 95%: 18,0-25,0; $I^2 = 98,3\%$). As análises de subgrupos revelaram elevada heterogeneidade em todas as categorias analisadas. A metarregressão não identificou as causas da heterogeneidade. **Conclusão:** Apesar da heterogeneidade entre os estudos analisados, os resultados indicam a necessidade de estratégias de intervenção para reduzir a prevalência de sintomatologia depressiva.

Palavras-chave

Sintomas depressivos, revisão sistemática, metanálise, idosos, prevalência.

Recebido em
20/Nov/2019
Aprovado em
24/Nov/2019

1 Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba, MG, Brasil.
2 Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Uberaba, MG, Brasil.

DOI: 10.1590/0047-2085000000250

Endereço para correspondência: Joilson Meneguci
Av. Frei Paulino, 30, Abadia 38025-180 – Uberaba, MG, Brasil
E-mail: joilsonmeneguci@yahoo.com.br



ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of depressive symptoms in Brazilian elderly people living in the community. **Methods:** We searched the electronic databases Medline (PubMed), SciELO, Web of Science, Scopus and CINAHL, and also selected studies with Brazilian elderly people that identified the prevalence of depressive symptoms. Independently, two researchers selected the studies, extracted the data and assessed the methodological quality. The meta-analysis was performed to estimate the prevalence of depressive symptoms using a random effect model. **Results:** We identified 176 articles and 33 were included in the review, which investigated 34 prevalences, with a total of 39,431 elderly people. The geographical distribution of the studies indicated researches in all regions of Brazil. The short version of the Geriatric Depression Scale was the most used. The estimated prevalence of depressive symptoms for Brazilian community-dwelling older adults was 21.0% (95% CI: 18.0-25.0, $I^2 = 98.3\%$). Subgroup analyzes revealed high heterogeneity in all categories analyzed. Meta-regression did not identify the causes of heterogeneity. **Conclusion:** Despite the heterogeneity between the studies analyzed, the results indicate the need for intervention strategies to reduce the prevalence of depressive symptoms.

Keywords

Depressive symptoms, systematic review, meta-analysis, aged, prevalence.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional aponta para a necessidade de atenção tanto para os indivíduos que possuem transtornos mentais que envelhecem quanto para os transtornos mentais que são mais prevalentes em idosos¹. Dados apontam que as doenças mentais ocupam a quinta posição em relação às cargas de doenças para a população idosa¹, sendo a depressão considerada um dos transtornos mentais mais prevalentes em diversos países².

Apresentando um grande ônus econômico, a depressão ocupa a 15ª posição em gastos para a Saúde Pública¹, causa redução da capacidade funcional para a realização de atividades básicas da vida diária, gera redução da qualidade de vida e está associada com o aumento da utilização de serviços de saúde e hospitalização³⁻⁵. Esses resultados preocupam a Organização Mundial de Saúde e estão inseridos na agenda mundial de saúde⁶, o que tem levado à realização de estudos, incluindo revisões sistemáticas e metanálises com o objetivo de identificar a prevalência em idosos^{7,8}.

Além da depressão, muitos estudiosos têm se preocupado com o estudo da prevalência dos sintomas que estão presentes nos transtornos depressivos. A sintomatologia depressiva manifesta-se sutilmente com disforia e sintomas somáticos, sendo frequentemente associada a traços de depressão⁹, estando associada negativamente à saúde de idosos¹⁰, aumentando o risco de mortalidade¹¹. Nesse sentido, estudos de prevalência da sintomatologia depressiva em idosos tornam-se importantes, uma vez que podem auxiliar nas tomadas de decisões quanto à implementação de estratégias de intervenção visando à prevenção e ao tratamento.

Assim, diversos estudos têm sido realizado no Brasil com o objetivo de verificar a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos¹²⁻¹⁴. No entanto, os estudos que

realizaram a sumarização da prevalência de sintomatologia depressiva na população brasileira foi o de Silva *et al.*¹⁵, realizado com adultos, e o de Barcelos-Ferreira *et al.*¹⁶, que incluiu artigos de estudos realizados com idosos e publicados entre os anos de 1991 e 2009.

Considerando o envelhecimento da população, as consequências advindas da sintomatologia depressiva e a compreensão da prevalência em idosos, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática e estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros residentes na comunidade.

MÉTODOS

Protocolo e registro

O estudo foi registrado na base de dados PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*) sob o número de registro CRD42018094473 e estruturado de acordo com o Protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*)¹⁷.

Critérios de elegibilidade

Foram selecionados estudos transversais ou linhas de base de estudos longitudinais que apresentaram a prevalência de sintomatologia depressiva ou ofertaram dados que permitissem o cálculo de tal medida, independentemente se avaliada como variável de exposição ou de desfecho. Para efeito da presente revisão, consideraram-se idosos com idade ≥ 60 anos, residentes em comunidades no Brasil.

Os estudos que avaliaram populações com condições de saúde específicas foram excluídos do estudo. Não houve restrições com relação ao idioma e à data de publicação.

Fontes de informação e estratégia de busca

A busca na literatura foi realizada no dia 23 de janeiro de 2018, nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medline (via PubMed), SciELO, *Web of Science*, Scopus e CINAHL. Para evitar a perda de informações relevantes, foram conduzidas buscas complementares a partir de outras fontes. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca no Medline/PubMed:

(prevalence[MeSH Terms] OR prevalen*[Text Word] OR "cross-sectional studies"[MeSH Terms] OR "epidemiologic studies"[MeSH Terms] OR probability[MeSH Terms] OR probabilit*[Text Word] OR "observational studies as topic"[MeSH Terms]) AND ("independent living"[MeSH Terms] OR "community dwelling"[Text Word]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR brazilian*[Text Word]) AND (depression[MeSH Terms] OR "depressive symptom"[Text Word] OR "emotional depression"[Text Word] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depressive neuros"[Text Word] OR "endogenous depression"[Text Word] OR "syndrome* depressive"[Text Word] OR "neurotic depression"[Text Word] OR melancholia*[Text Word] OR "unipolar depression"[Text Word] OR "depressive disorder, major"[MeSH Terms] OR "major depressive disorder"[Text Word] OR "involuntal psycos"[Text Word] OR "involuntal paraphrenia"[Text Word] OR "involuntal depression"[Text Word] OR "major depression"[Text Word] OR "depressed elder"[Text Word] OR "depressive morbidity"[Text Word]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR elder*[Text Word] OR "functionally impaired elderly"[Text Word] OR "aging"[MeSH Terms] OR "oldest old"[Text Word] OR senescence[Text Word] OR senior[Text Word] OR "older adults"[Text Word] OR "older people"[Text Word] OR old*[Text Word] OR geriatric*[Text Word] OR "late-life"[Text Word]).

Essa estratégia serviu como padrão para a busca nas outras bases de dados. As estratégias foram ligeiramente modificadas baseada nos critérios específicos de cada base de dados.

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada de modo independente por dois pesquisadores (J. M. e M. M. M.) e as discordâncias foram resolvidas por consenso. Os registros foram primeiramente selecionados com base em seus títulos e resumos, e aqueles que estavam duplicados foram excluídos. Os textos completos também foram selecionados de modo pareado e independente, e os que obedeceram aos critérios de elegibilidade foram selecionados para este estudo. Publicações que relataram resultados de um mesmo inquérito foram avaliadas, de modo a incluir a publicação que apresentou o dado de forma mais detalhada e excluir as demais.

Extração dos dados

Os dados dos estudos selecionados foram extraídos para uma planilha padronizada do Microsoft Excel 2010, de forma

independente, por dois investigadores (J. M. e M. M. M.), e os casos de discordâncias foram resolvidos por consenso. Os dados extraídos incluíram características dos estudos, tamanho de amostras, instrumentos, pontos de corte utilizados e medidas de prevalência da incapacidade funcional.

Avaliação da qualidade metodológica

Dois pesquisadores independentes (J. M. e C. A. G. M.) avaliaram a qualidade metodológica dos estudos selecionados por meio de uma adaptação da ferramenta de Loney *et al.*¹⁸: amostragem apropriada (probabilística ou universo); fonte da lista de amostragem (proveniente de dados censitários); tamanho de amostra previamente calculado; avaliadores sem viés (entrevistadores treinados); mensuração do desfecho por instrumento validado; taxa de resposta adequada (>70%); descrição dos participantes dos estudos. Foi atribuído um ponto para cada item contemplado no estudo.

Dados divergentes foram resolvidos tomando por base os elementos da ferramenta, o que promoveu maior acurácia e evitou vieses. Foram considerados de alta qualidade os inquéritos que atingiram escore igual ou superior a seis pontos, de qualidade moderada aqueles com escore entre cinco e quatro, e de baixa qualidade os com escore igual ou inferior a três pontos¹⁸.

Análise dos dados

As medidas sumárias das prevalências de sintomatologia depressiva no Brasil, com o intervalo de confiança de 95% (IC de 95%), foram calculadas por modelos de efeitos aleatórios, sendo a heterogeneidade avaliada pelo teste do qui-quadrado com significância de $p < 0,10$ e sua magnitude¹⁹ quantificada pelo I^2 . A metanálise foi realizada no *software* Stata, versão 11, a partir do comando "*metaprop ftt*", que foi utilizado para a realização das análises por estabilizar as variâncias entre os estudos.

Para explorar possíveis heterogeneidades entre os estudos, foram realizadas análises em subgrupos e metarregressões. Nas análises em subgrupos, foram incluídos as regiões de realização das pesquisas, os instrumentos utilizados para a coleta dos dados e as faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)²⁰ para os estudos realizados apenas em um município. As metarregressões foram realizadas pelo método de Knapp-Hartung modificado²¹, tendo em conta as covariáveis tamanho da amostra, qualidade metodológica e IDHM.

RESULTADOS

Seleção dos estudos

A busca na literatura por estudos que identificaram a prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros resultou em 169 artigos, sendo 79 duplicados. Após a

inclusão de sete estudos identificados a partir de outras fontes e a exclusão de estudos que não atenderam aos critérios de inclusão pela leitura do título e resumo, 63 potenciais estudos foram lidos na íntegra. Desses, 18 não apresentaram a prevalência de sintomatologia depressiva e em 12 os resultados eram provenientes de pesquisas com a mesma amostra. Ao final, 33 estudos foram incluídos na revisão sistemática e na metanálise, sendo apresentadas 34 prevalências de sintomatologia depressiva em idosos residentes na comunidade em municípios brasileiros (Figura 1).

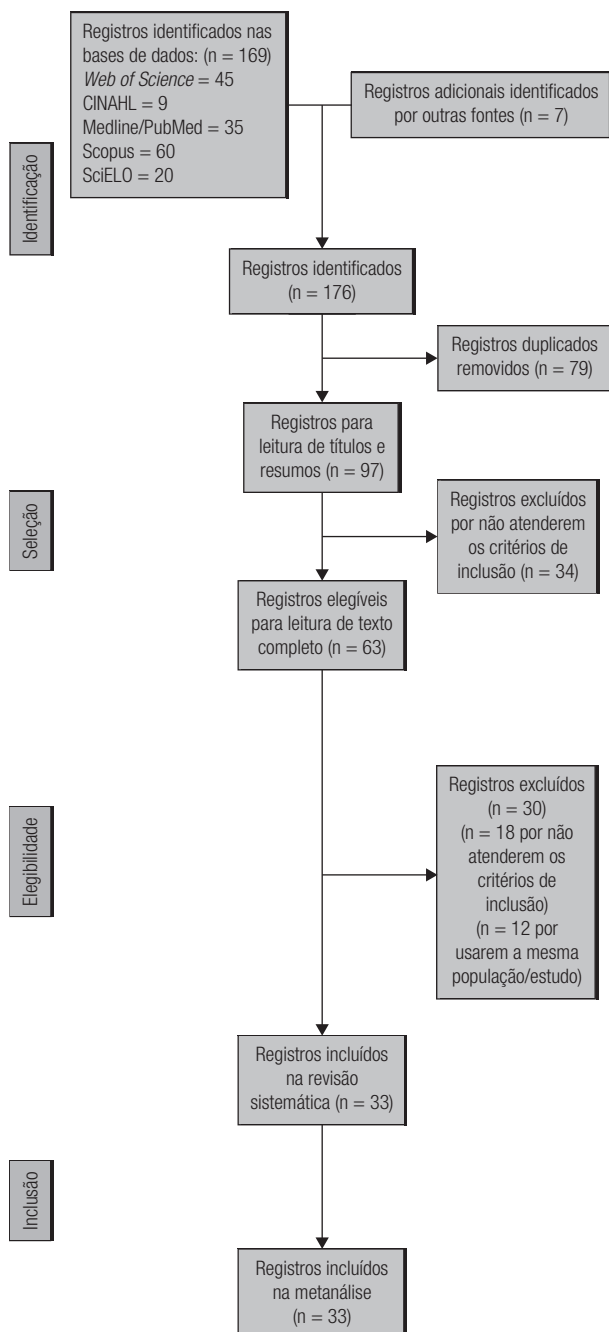


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para revisão sistemática.

Características dos estudos incluídos

As características dos estudos incluídos na revisão sistemática são apresentadas na tabela 1. As 33 publicações incluídas na revisão sistemática apresentaram ao todo resultados de 34 estudos, abrangendo ao todo 39.431 idosos. As coletas de dados dos estudos aconteceram a partir do ano de 2000, com exceção de um estudo em que o ano da coleta foi em 1997. No entanto, seis estudos não reportaram a data da coleta de dados.

Quanto ao desenho dos estudos, a maioria foi transversal, e apenas dois mencionaram ser linhas de base de estudos longitudinais. Em relação à amostra estudada, a maioria dos estudos abrangeu idosos com idade igual ou superior a 60 anos e o número de participantes foi desde 96²² até 11.177, sendo este maior pertencente à Pesquisa Nacional de Saúde/Brasil²³.

A distribuição geográfica dos estudos indicou pesquisas em todas as regiões do Brasil; 16 estudos foram realizados na região Sudeste, 9 na região Sul, 5 na região Nordeste, 1 na região Norte, 1 nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, 1 nas regiões Sudeste, Sul, Norte e Nordeste e 1 de âmbito nacional. Para os estudos realizados apenas em um município, foi verificado que o número de habitantes foi desde 3.757, em Lafaiete Coutinho, BA²⁴, até 12.176.866, em São Paulo, SP²⁵⁻²⁷. Em relação ao IDHM, foram incluídos estudos com índice entre 0,599, que corresponde ao município de Lafaiete Coutinho, BA²⁴, e 0,847, de Florianópolis, SC²⁸.

A qualidade dos estudos apresentou escore médio de 5,9, e 73,5% (n = 25) foram considerados com alta qualidade. O critério com menor pontuação foi o de fonte da lista de amostragem (proveniente de dados censitários).

Para a medida da sintomatologia depressiva, foram utilizadas sete diferentes escalas, sendo todas previamente validadas. A versão curta da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) foi utilizada em 73,5% (n = 25) dos estudos. Entre os estudos que optaram pela GDS-15, 80,0% (n = 20) utilizaram o ponto de corte maior que cinco (Tabela 2).

Prevalência de sintomatologia depressiva

A prevalência de sintomatologia depressiva para idosos brasileiros residentes na comunidade foi de 21,0% (IC de 95%: 18,0-25,0; I² = 98,3%). A menor prevalência encontrada foi de 7,1%, no estudo realizado em Passo Fundo (RS)⁴⁶, e a maior foi de 39,6%, no município de Natal (RN)³⁹ (Figura 2).

Análises de subgrupos e metarregressões

As análises de subgrupos revelaram elevada heterogeneidade em todas as categorias analisadas, não possibilitando resultados mais homogêneos. Quando analisada a sobreposição dos intervalos de confiança nas categorias dos subgrupos, foi verificado que a prevalência de sintomatologia depressiva foi menor no estudo realizado na região Norte¹³ e maior com a utilização do instrumento Questionário de

Saúde Geral (GHQ-12)⁵¹. De acordo com a análise pelas faixas do IDHM, foi possível verificar que houve a tendência de menores prevalências serem encontradas em municípios com maiores índices (Tabela 3).

Nas análises de metarregressões, nenhuma das covariáveis incluídas (IDHM, tamanho da amostra e qualidade do estudo) explicou estatisticamente a heterogeneidade existente entre os artigos ($p > 0,05$).

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Estudo	Ano da coleta de dados	Desenho do estudo	Tamanho efetivo da amostra	Idade	Local de realização	Número de habitantes	IDHM	Escore de qualidade
Andrade <i>et al.</i> , 2016 ²⁵	2010	Transversal	1.280	≥60	São Paulo (SP)	12.176.866	0,805	6
	2000	Transversal	1.862	≥60	São Paulo (SP)	12.176.866	0,805	6
Barcelos-Ferreira <i>et al.</i> , 2012 ²⁹	NR	Transversal	1.145	≥60	Ribeirão Preto (SP)	694.534	0,800	6
Barcelos-Ferreira <i>et al.</i> , 2013 ³⁰	2002-2003	Transversal	1.563	≥60	São Paulo (SP)	12.176.866	0,805	7
Bélanger <i>et al.</i> , 2016 ³¹	2012	Longitudinal	402	65 a 74	Natal (RN)	877.640	0,763	5
Bretanha <i>et al.</i> , 2015 ³²	2008	Transversal	1.514	≥60	Bagé (RS)	120.943	0,740	5
Cabrera <i>et al.</i> , 2007 ³³	NR	Transversal	267	60 a 74	Londrina (PR)	563.943	0,778	4
Campos <i>et al.</i> , 2014 ³⁴	2012	Transversal	2.052	≥60	Sete Lagoas (MG)	237.286	0,760	7
Coimbra <i>et al.</i> , 2010 ³⁵	2005-2006	Transversal	2.209	≥60	Amparo (SP)	71.700	0,785	6
da Cruz <i>et al.</i> , 2017 ³⁶	2014-2015	Transversal	255	≥60	Juiz de Fora (MG)	564.310	0,778	6
de Andrade <i>et al.</i> , 2012 ²⁶	2006	Transversal	857	≥60	São Paulo (SP)	12.176.866	0,805	7
de Queiroz <i>et al.</i> , 2014 ³⁴	2011	Transversal	290	≥60	Lafaiete Coutinho (BA)	3.757	0,599	7
Esmeriz <i>et al.</i> , 2012 ²⁷	2009	Transversal	371	≥60	Piracicaba (SP)	400.949	0,785	6
Galli <i>et al.</i> , 2016 ³⁸	2009	Transversal	1.006	≥60	Veranópolis (RS)	25.936	0,773	6
Gomes <i>et al.</i> , 2014 ³⁹	NR	Transversal	313	≥65	Natal (RN)	877.640	0,763	5
Hellwig <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁰	2014	Transversal	1.394	≥60	Pelotas (RS)	341.648	0,739	7
Hugo <i>et al.</i> , 2012 ⁴¹	2004-2005	Transversal	390	≥60	Carlos Barbosa (RS)	29.409	0,796	5
Lopes <i>et al.</i> , 2016 ²³	2013	Transversal	11.177	≥60	Brasil	-	-	7
Lopes <i>et al.</i> , 2016 ²⁸	2009-2010	Transversal	1.629	≥60	Florianópolis (SC)	492.977	0,847	7
Luiz <i>et al.</i> , 2009 ²²	NR	Transversal	96	≥65	Amparo (SP)	71.700	0,785	4
Maciel e Guerra, 2006 ⁴²	2002	Transversal	295	≥60	Santa Cruz (RN)	39.355	0,618	5
Mendes <i>et al.</i> , 2013 ⁴³	NR	Transversal	200	≥60	Montes Claros (MG)	404.804	0,770	6
Nascimento <i>et al.</i> , 4420 ¹⁶	2008-2009	Transversal	2.402	≥65	Campinas (SP), Belém (PA), Parnaíba (PI), Campina Grande (PB), Poços de Caldas (MG), Ivoti (RS) e Ermelino Matarazzo (SP)	-	-	6
Pegorari e Tavares, 2014 ⁴⁵	2012	Transversal	958	≥60	Uberaba (MG)	330.361	0,772	6
Piani <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁶	2014-2015	Transversal	310	≥60	Passo Fundo (RS)	201.767	0,776	6
Reichert <i>et al.</i> , 2011 ⁴⁷	NR	Transversal	379	≥60	Novo Hamburgo (RS)	246.452	0,747	6
Santos <i>et al.</i> , 2017 ¹²	2010	Transversal	622	≥60	Uberaba (MG)	330.361	0,772	6
Silva <i>et al.</i> , 2017 ¹³	2015	Transversal	396	≥60	Manaus (AM), Careiro da Várzea (AM), Iranduba (AM), Itacoatiara (AM), Manacapuru (AM), Novo Airão (AM), Presidente Figueiredo (AM) e Rio Preto da Eva (AM)	-	-	7
Silveira e Portuguese, 2017 ⁴⁸	NR	Transversal	120	≥60	Passo Fundo (RS)	201.767	0,776	3
Soares <i>et al.</i> , 2012 ²⁷	NR	Transversal	303	≥65	São Paulo (SP)	12.176.866	0,805	7
Soares <i>et al.</i> , 2015 ⁴⁹	2009-2010	Transversal	776	≥60	Cuiabá (MT) e Barueri (SP)	-	-	5
Sousa <i>et al.</i> , 2012 ⁵⁰	2009	Transversal	391	≥65	Santa Cruz (RN)	39.355	0,618	7
Vicente <i>et al.</i> , 2015 ⁵¹	1997	Longitudinal	1.606	≥60	Bambuí (MG)	23.757	0,741	7
Vieira <i>et al.</i> , 2013 ⁵²	2008-2009	Transversal	601	≥60	Belo Horizonte (MG)	2.501.576	0,810	6

Tabela 2. Instrumentos e pontos de corte utilizados nos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor (ano)	Instrumento	Ponto de corte	Prevalência (%)
Andrade <i>et al.</i> , 2016 ²⁵	GDS-15	>5	21,1
	GDS-15	>5	21,8
Barcelos-Ferreira <i>et al.</i> , 2012 ²⁹	D-10	≥7	15,7
Barcelos-Ferreira <i>et al.</i> , 2013 ³⁰	D-10	≥7	13,0
Bélanger <i>et al.</i> , 2016 ³¹	CES-D	≥16	20,4
Bretanha <i>et al.</i> , 2015 ³²	GDS-15	>5	18,0
Cabrera <i>et al.</i> , 2007 ³³	GDS-15	>5 ou uso de antidepressivo	24,3
Campos <i>et al.</i> , 2014 ³⁴	GDS-15	>5	30,2
Coimbra <i>et al.</i> , 2010 ³⁵	GDS-15	>5	27,5
da Cruz <i>et al.</i> , 2017 ³⁶	PHQ-4	NR	19,2
de Andrade <i>et al.</i> , 2012 ²⁶	GDS-15	>5	12,6
de Queiroz <i>et al.</i> , 2014 ²⁴	GDS-15	>5	20,0
Esmeriz <i>et al.</i> , 2012 ³⁷	GDS-15	NR	20,2
Galli <i>et al.</i> , 2016 ³⁸	GDS-15	>5	20,0
Gomes <i>et al.</i> , 2014 ³⁹	CES-D	≥16	39,6
Hellwig <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁰	GDS-10	≥5	15,2
Hugo <i>et al.</i> , 2012 ⁴¹	GDS-15	>5	11,3
Lopes <i>et al.</i> , 2016 ²³	PHQ-9	≥10	9,3
Lopes <i>et al.</i> , 2016 ²⁸	GDS-15	>5	24,4
Luiz <i>et al.</i> , 2009 ²²	GDS-15	>5	34,4
Maciel e Guerra, 2006 ⁴²	GDS-15	>5	26,8
Mendes <i>et al.</i> , 2013 ⁴³	GDS-15	NR	21,5
Nascimento <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁴	GDS-15	NR	20,2
Pegorari e Tavares, 2014 ⁴⁵	GDS-15	>5	25,3
Piani <i>et al.</i> , 2016 ⁴⁶	GDS-15	>5	7,10
Reichert <i>et al.</i> , 2011 ⁴⁷	GDS-15	≥5 ou uso de antidepressivo	30,0
Santos <i>et al.</i> , 2017 ¹²	GDS-15	>5	37,1
Silva <i>et al.</i> , 2017 ¹³	PHQ-9	≥9	9,9
Silveira e Portuguez, 2017 ⁴⁸	GDS-15	>5	15,8
Soares <i>et al.</i> , 2012 ²⁷	GDS-15	>5	20,8
Soares <i>et al.</i> , 2015 ⁴⁹	GDS-15	≥5	25,0
Sousa <i>et al.</i> , 2012 ⁵⁰	GDS-15	>5	29,4
Vicente <i>et al.</i> , 2015 ⁵¹	GHQ-12	≥5	38,5
Vieira <i>et al.</i> , 2013 ⁵²	GDS-15	>5	21,8

D-10: Depression Scale; CES-D: Center for Epidemiological Scale – Depression; GDS-15: Geriatric Depression Scale (Short Form); GDS-10: Geriatric Depression Scale (10-item); GHQ-12: 12-item General Health Questionnaire; PHQ-4: The Patient Health Questionnaire-4; PHQ-9: The Patient Health Questionnaire-9.

NR: Não reportado.

DISCUSSÃO

No Brasil, a prevalência média estimada de sintomatologia depressiva para idosos residentes na comunidade foi de 21,0% (IC de 95%: 18,0-25,0), com uma variação de 7,10% em estudo realizado no Sul do país e de 39,6%, na região Nordeste.

Esse resultado evidencia que a prevalência de sintomatologia depressiva, em geral, tende a ser superior em idosos

quando comparados a adultos^{53,54}. De acordo com o estudo de revisão sistemática e metanálise realizada para adultos brasileiros por Silva *et al.*¹⁵, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 14,0% (IC de 95%: 13,0-16,0).

Quando comparada a outras metanálises realizadas com idosos, a prevalência estimada no Brasil foi similar a um estudo realizado com chineses, que identificou prevalência de 23,6%⁵⁵, e menor que um estudo realizado com idosos iranianos (43,0%)⁸.

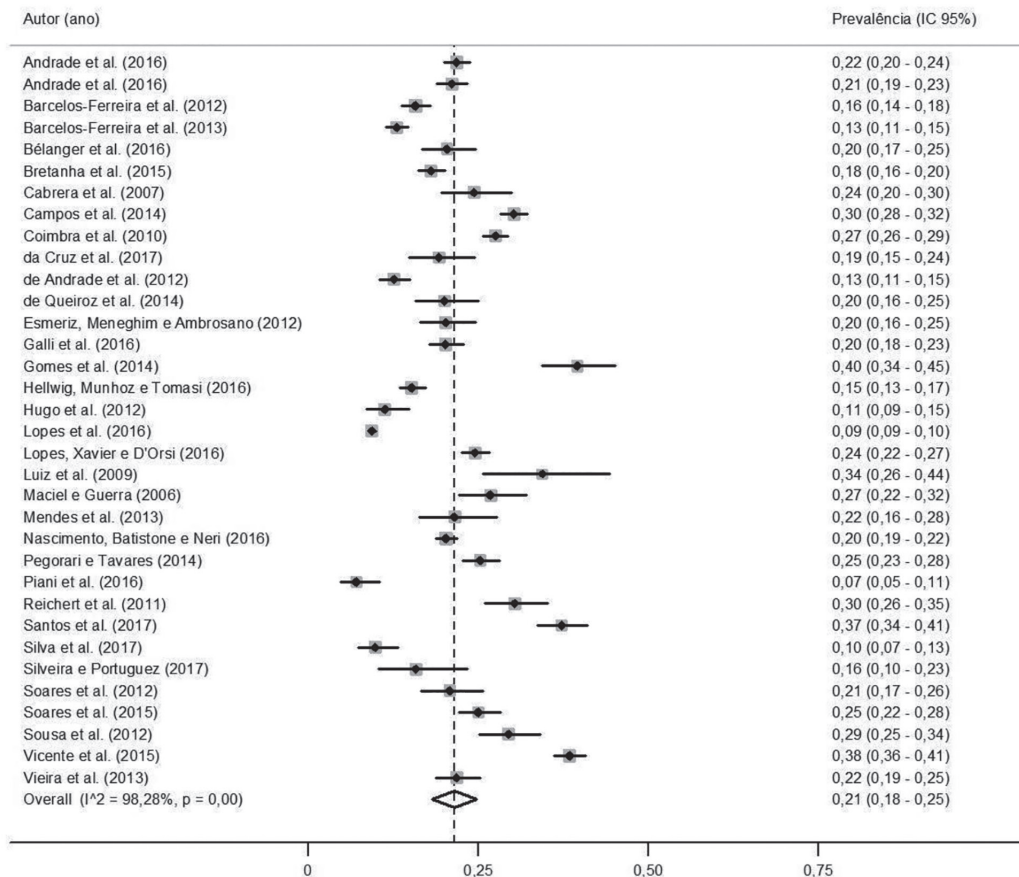


Figura 2. Metanálise da prevalência de sintomatologia depressiva em idosos residentes na comunidade no Brasil (2007-2017).

Tabela 3. Prevalência de sintomatologia depressiva, por subgrupos, em idosos brasileiros

Subgrupo	Número de pesquisas	Total de participantes	Prevalência (IC 95%)	I ²	p-valor (qui-quadrado)
Regiões^a					
Nordeste	5	1.691	27,0 (20,0-34,0)	90,3	<0,001
Norte	1	396	10,0 (7,0-13,0)	-	-
Sul	9	7.009	18,0 (14,0-22,0)	94,1	<0,001
Sudeste	16	15.980	23,0 (19,0-27,0)	97,2	<0,001
Instrumento					
GDS-15	25	21.180	22,0 (20,0-25,0)	93,8	<0,001
GDS-10	1	1.394	15,0 (13,0-17,0)	-	-
D-10	2	2.708	14,0 (13,0-15,0)	-	-
CES-D	2	715	28,0 (25,0-32,0)	-	-
PHQ-4	1	255	19,0 (15,0-24,0)	-	-
PHQ-9	2	11.573	9,0 (9,0-10,0)	-	-
GHQ-12	1	1.606	38,0 (36,0-41,0)	-	-
IDHM^b					
Baixo/Médio	3	976	25,0 (20,0-31,0)	-	-
Alto	19	14.464	23,0 (20,0-27,0)	96,7	<0,001
Muito Alto	8	9.240	19,0 (15,0-22,0)	94,3	<0,001

D-10: Depression Scale; CES-D: Center for Epidemiological Scale – Depression; GDS-15: Geriatric Depression Scale (Short Form); GDS-10: Geriatric Depression Scale (10-item); GHQ-12: 12-item General Health Questionnaire; PHQ-4: The Patient Health Questionnaire-4; PHQ-9: The Patient Health Questionnaire-9; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

^aEstudos realizados em apenas uma região.

^bFaixas de desenvolvimento humano de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2018) em estudos realizados em apenas um município.

Por outro lado, a prevalência encontrada no Brasil foi superior à do estudo de Luppá *et al.*⁵⁶, que estimaram uma prevalência de 17,0% ao realizarem uma metanálise, a fim de identificar a prevalência em idosos com idade igual ou 75 anos, com estudos predominantemente em países desenvolvidos. O mesmo pode ser verificado ao comparar o resultado obtido com estudos de caráter nacional representativos, realizados nos Estados Unidos e Inglaterra, que identificaram prevalências de 14,6% e 17,6%, respectivamente⁵.

Os diferentes anos de realização dos estudos, instrumentos utilizados e pontos de corte para a definição de sintomatologia depressiva dificultam a comparação dos resultados entre os países. No entanto, é possível perceber uma tendência de os países desenvolvidos apresentarem prevalências inferiores em relação aos países em desenvolvimento. Uma possível explicação para essas diferenças entre as prevalências pode ser devida às condições de saúde e aos hábitos de vida entre os países^{1,57}.

Ao verificar a distribuição dos estudos incluídos na presente revisão, em relação à localização geográfica, todas as regiões foram contempladas com pelo menos uma pesquisa. No entanto, há uma concentração de estudos realizados na região Sudeste, seguida pela região Sul. Possivelmente, esse fato se dá por essas regiões possuírem um maior número de grupos de estudos com linhas de pesquisa sobre envelhecimento⁵⁸.

Na análise por subgrupos, a prevalência na região Norte foi a menor encontrada quando comparada às outras regiões. No entanto, o resultado deve ser interpretado com cautela, dado que na região Norte foi incluído apenas um único estudo.

No que diz respeito aos instrumentos para medida da sintomatologia depressiva, foi verificada a utilização de sete diferentes escalas. Apesar da análise por subgrupos em relação ao instrumento não explicar a elevada heterogeneidade, a escala *12-item General Health Questionnaire* foi a que evidenciou maior prevalência. No entanto, assim como anteriormente abordado, esse resultado deve ser analisado com cautela, uma vez que apenas um estudo utilizou a escala.

A maioria dos estudos analisados utilizou a versão curta da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), que é um instrumento composto por 15 itens e que tem sido amplamente utilizado⁵⁹. A GDS-15 é uma versão reduzida da escala original de 30 itens, que foi desenvolvida especificamente para idosos, levando em consideração suas particularidades⁶⁰. De acordo com recente estudo de revisão, que buscou sintetizar todos os instrumentos para a medida da sintomatologia depressiva em idosos, foi verificado que as escalas GDS e GDS-15 têm sido as mais utilizadas⁶¹.

A prevalência de sintomatologia depressiva tem causado diversas consequências para a saúde^{62,63}, aumentando o risco de mortalidade^{11,64}. Nesse sentido, considerada a prevalência de sintomatologia depressiva estimada no presente estudo, devem ser investigados os possíveis fatores associados

à sintomatologia depressiva em idosos brasileiros e criadas estratégias para a redução dessa prevalência e prevenção^{65,66}.

Adicionalmente, destaca-se que há necessidade de novos estudos com o objetivo de identificar a prevalência de sintomatologia depressiva em municípios do Brasil. Apesar de serem verificados 34 diferentes resultados de prevalências no presente estudo, no estudo realizado por Li *et al.*⁵⁵, com idosos chineses, o número de pesquisas incluídas foi de 81 estudos. Assim, é possível perceber que ainda temos uma produção incipiente na identificação da prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. Não foi possível identificar as possíveis fontes da elevada heterogeneidade, tanto por análises de subgrupos quanto de metarregressões, o que demanda cautela na extrapolação dos resultados. Não foi possível realizar a análise de acordo com outros subgrupos, principalmente pelo fato de os estudos incluídos apresentarem objetivos distintos e não demonstrarem a proporção de idosos com sintomatologia depressiva por sexo ou condições de saúde, por exemplo. Os pontos fortes do estudo incluem a realização de uma pesquisa bibliográfica abrangente, com registro prévio e avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

CONCLUSÕES

No Brasil, a prevalência média estimada de sintomatologia depressiva para idosos residentes na comunidade é de 21,0% (IC de 95%: 18,0-25,0). As análises de subgrupos revelaram elevada heterogeneidade em todas as categorias analisadas, e a metarregressão não identificou as causas dessas heterogeneidades. Os resultados indicam a necessidade de estratégias de intervenção para reduzir a prevalência de sintomatologia depressiva.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e desenho do estudo, na elaboração do artigo e revisão, e aprovaram a sua versão final.

APOIO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

- Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015;385(9967):549-62.
- Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*. 2013;8(6):e65514.
- Ho CS, Feng L, Fam J, Mahendran R, Kua EH, Ng TP. Coexisting medical comorbidity and depression: multiplicative effects on health outcomes in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(7):1221-9.
- Iwasa H, Yoshida Y, Kumagai S, Ihara K, Yoshida H, Suzuki T. Depression status as a reliable predictor of functional decline among Japanese community-dwelling older adults: a 12-year population-based prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(11):1192-200.
- Zivin K, Llewellyn DJ, Lang IA, Vijan S, Kabeto MU, Miller EM, et al. Depression among older adults in the United States and England. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(11):1036-44.
- Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *Lancet*. 2013;381(9882):1970-1.
- Wang F, Zhang QE, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, Yuan Z, et al. Prevalence of major depressive disorder in older adults in China: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;241:297-304.
- Sarokhani D, Parvareh M, Hasanpour Dehkordi A, Sayehmiri K, Moghimbeigi A. Prevalence of Depression among Iranian Elderly: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Psychiatry*. 2018;13(1):55-64.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
- Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011;343:d5219.
- White J, Zaninotto P, Walters K, Kivimäki M, Demakakos P, Biddulph J, et al. Duration of depressive symptoms and mortality risk: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *Br J Psychiatry*. 2016;208(4):337-42.
- Santos DAT, Virtuoso JS, Meneguci J, Sasaki JE, Tribess S. Combined Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Depressive Symptoms in Older Adults. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(3):272-6.
- Silva MT, Caicedo Roa M, Martins SS, da Silva ATC, Galvao TF. Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living in the Amazon, Brazil: A population-based study. *J Affect Disord*. 2017;222:162-8.
- Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10.
- Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG, Silva MT, Galvao TF, et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(3):262-70.
- Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
- Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):170-6.
- Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*. 2003;327(7414):557-60.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Ranking – Todo o Brasil. 2010. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 9 jan. 2018.
- Knapp G, Hartung J. Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate. *Stat Med*. 2003;22(17):2693-710.
- Luiz LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Association between visual deficit and clinical-functional characteristics among community-dwelling older adults. *Braz J Phys Ther*. 2009;13(5):444-50.
- Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health*. 2016;15:154.
- de Queiroz BM, Coqueiro RS, Leal Neto JS, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3489-96.
- Andrade FCD, Wu F, Lebrão ML, Duarte YAO. Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(12).
- de Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, da Cruz Teixeira DS, de Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(9):1755-60.
- Soares LM, Cachioni M, Falcão DV, Batistoni SS, Lopes A, Neri AL, et al. Determinants of cognitive performance among community dwelling older adults in an impoverished sub-district of São Paulo in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e187-92.
- Lopes MA, Xavier AJ, D'Orsi E. Cognitive and functional impairment in an older community population from Brazil: The intriguing association with frequent pain. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;66:134-9.
- Barcelos-Ferreira R, Lopes MA, Nakano EY, Steffens DC, Bottino CMC. Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(9):924-30.
- Barcelos-Ferreira R, Nakano EY, Steffens DC, Bottino CMC. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *J Affect Disord*. 2013;150(2):616-22.
- Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011503.
- Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):1-12.
- Cabrera MAS, Mesas AE, Garcia ARL, de Andrade SM. Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(9):582-4.
- Campos ACV, Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:166.
- Coimbra AM, Ricci NA, Coimbra IB, Costallat LT. Falls in the elderly of the Family Health Program. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(3):317-22.
- da Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2017;51.
- Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano GM. Self-perception of oral health in non-institutionalized elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):e281-9.
- Galli R, Moriguchi EH, Bruscatto NM, Horta RL, Pattussi MP. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):307-16.
- Gomes Cdos S, Maciel AC, Freire Ado N, Moreira Mde A, Ribeiro Mde O, Guerra RO. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(2):214-8.
- Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3575-84.
- Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MD, Cury JA. Depressive symptoms and untreated dental caries in older independently living South Brazilians. *Caries Res*. 2012;46(4):376-84.
- Maciel ACC, Guerra RO. Prevalence and associated factors of depressive symptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):26-33.
- Mendes DC, Silva TF, Barros Lde O, de Oliveira MV, Vieira LT, Haikal DS, et al. Analysis of the normative conditions of oral health, depression and serotonin-transporter-linked promoter region polymorphisms in an elderly population. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(1):98-106.
- Nascimento PPP, Batistoni SST, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study – UNICAMP. *Psicol Reflex Crit*. 2016;29.
- Pegorari MS, Tavares DMS. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):874-82.
- Piani MC, Alves ALS, Bervian J, Graeff DB, Pancotte J, Doring M, et al. Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):930-8.

47. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2011;33(2):165-70.
48. Silveira MM, Portuguez MW. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estud Psicol (Campinas)*. 2017;34(2):261-8.
49. Soares WJS, Lima CA, Bilton TL, Ferrioli E, Dias RC, Perracini MR. Association among measures of mobility-related disability and self-perceived fatigue among older people: a population-based study. *Braz J Phys Ther*. 2015;19(3):194-200.
50. Sousa ACP de A, Dias RC, Maciel ACC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e95-e101.
51. Vicente ART, Castro-Costa É, Diniz BS, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3797-804.
52. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1631-43.
53. Buber I, Engelhardt H. The Association between Age and Depressive Symptoms among Older Men and Women in Europe. Findings from SHARE. *Comparative Population Studies [Internet]*. 2011 [cited 2018 Nov 30];36. Disponível em: <http://www.comparativepopulationstudies.de/index.php/CPoS/article/view/8>.
54. Chui H, Gerstorf D, Hoppmann CA, Luszcz MA. Trajectories of depressive symptoms in old age: Integrating age-, pathology-, and mortality-related changes. *Psychol Aging*. 2015;30(4):940-51.
55. Li D, Zhang DJ, Shao JJ, Qi XD, Tian L. A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(1):1-9.
56. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-21.
57. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563-75.
58. Valadares MO, Vianna LG, Moraes CF. A temática do envelhecimento humano nos grupos de pesquisa do Brasil. *Rev Kairós Gerontol*. 2013;16(2):117-28.
59. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:S454-66.
60. Sheikh JJ, Yesavage JA. 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontol*. 1986;5:165-73.
61. Balsamo M, Cataldi F, Carlucci L, Padulo C, Fairfield B. Assessment of late-life depression via self-report measures: a review. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2021-44.
62. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Ordoñana JR, Machado GC, Prado LR, et al. Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;67(11):1591-603.
63. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1947-58.
64. Mirza SS, Ikram MA, Freak-Poli R, Hofman A, Rizopoulos D, Tiemeier H. 12 Year Trajectories of Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults and the Subsequent Risk of Death Over 13 Years. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(6):820-7.
65. Reynolds CF, Cuijpers P, Patel V, Cohen A, Dias A, Chowdhary N, et al. Early Intervention to Reduce the Global Health and Economic Burden of Major Depression in Older Adults. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:123-35.
66. Rhyner KT, Watts A. Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review. *J Aging Phys Act*. 2016;24(2):234-46.