

Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional

Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study

Anne Christie Timm González¹
Zuleide Maria Ignácio^{2,3}
Luciano Kurtz Jornada²
Gislaine Zilli Réus^{2,4}
Helena Mendes Abelaira²
Maria Augusta Bernardini dos Santos²
Luciane Bisognin Ceretta²
João Luciano de Quevedo^{2,4}

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de transtornos depressivos e fatores associados em uma amostra de idosos no Sul de Santa Catarina. **Método:** Estudo transversal com base de dados populacional, que avaliou 1.021 indivíduos idosos entre 60 e 79 anos. Foram realizadas entrevistas domiciliares com a versão em português do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), coleta de dados sociodemográficos, informações sobre hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio e tabagismo. Os transtornos estudados foram episódio depressivo atual, distímia e comorbidade entre episódio depressivo e distímia, caracterizando depressão dupla. A comparação das médias de idade e prevalências foi feita com o teste *t* Student, as demais associações foram analisadas pelo teste Qui-quadrado. **Resultados:** A prevalência de depressão foi de 26,2%; distímia, 5,5%; e depressão dupla, 2,7%. Fatores de risco para depressão: nove anos ou mais de estudo [RP=1,44(1,17-1,77); $p<0,05$] e tabagismo atual [RP=1,63(1,30-2,05); $p<0,05$]. A distímia foi associada ao gênero masculino [RP=6,46(3,29-12,64); $p<0,05$], relato de hipertensão arterial [RP=2,55(1,53-4,24); $p<0,05$] e tabagismo, tanto atual [RP=1,86(1,02-3,42), $p<0,05$] quanto passado ou ex-tabagistas [RP=2,89(1,48-5,65); $p<0,05$]. Para a depressão dupla, repetiram os mesmos fatores de risco da distímia: gênero masculino [RP=4,21(1,80-9,81); $p<0,05$], relato de hipertensão arterial [RP=8,11(3,32-19,80); $p<0,05$], tabagismo atual [RP=5,72(1,64-19,93); $p<0,05$] e passado [RP=13,11(3,75-45,86); $p<0,05$]. **Conclusão:** Os dados demonstram que quadros depressivos são fenômenos frequentes e atingem um percentual significativo de idosos. Adicionalmente, os transtornos depressivos foram associados a fatores sociodemográficos e doenças crônicas, como nível de escolaridade, tabagismo e hipertensão arterial.

Palavras-chave: Idoso;
Transtorno depressivo;
Prevalência; Comorbidade.

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina, Curso de Medicina. Tubarão, SC, Brasil.

² Universidade do Extremo Sul Catarinense, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Laboratório de Neurociências. Criciúma, SC, Brasil.

³ Universidade Federal da Fronteira Sul, Laboratório de Fisiologia, Farmacologia, Patologia e Psicopatologia. Chapecó, SC, Brasil.

⁴ The University of Texas, Health Science Center, Medical School, Center for Translational Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Houston, Texas, USA.

Abstract

Objective: The present study assessed the prevalence of depressive disorders and associated factors in a sample of elderly persons in the south of Santa Catarina. **Methods:** A cross-sectional study based on population data was performed, evaluating 1021 elderly individuals aged between 60 and 79 years. Home interviews were carried out using the Portuguese version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), in order to collect demographic data, information on hypertension and reports of acute myocardial infarction. The disorders studied were current depressive episode, dysthymia and a comorbidity of a depressive episode and dysthymia, representing double depression. The comparison of mean age and prevalence was made with the t-test and other associations were analyzed using the Chi-squared test. **Results:** The prevalence of depression was 26.2%, while 5.5% of the sample suffered from dysthymia and 2.7% experienced double depression. Risk factors for depression were: nine or more years of schooling [PR = 1.44 (1.17 to 1.77); $p < 0.05$] and being a current smoker [OR = 1.63 (1.30-2.05); $p < 0.05$]. Dysthymia was associated with the male gender [OR = 6.46 (3.29 to 12.64); $p < 0.05$], reports of hypertension [OR = 2.55 (1.53 to 4.24); $p < 0.05$] and being either a current [OR = 1.86 (1.02 to 3.42); $p < 0.05$] or past or former [OR = 2.89 (1.48 to 5.65); $p < 0.05$] smoker. The same risk factors as for dysthymia were found for double depression: male [OR = 4.21 (1.80 to 9.81); $p < 0.05$], reports of hypertension [OR = 8.11 (3.32 to 19.80); $p < 0.05$], and being either a current [OR = 5.72 (1.64 to 19.93); $p < 0.05$] or past [PR = 13.11 (3.75 to 45.86); $p < 0.05$] smoker. **Conclusions:** The present study shows that depressive disorders are a common phenomenon among the elderly. The results not only corroborated with other studies, but found slightly higher levels of depressive disorders among the elderly population.

Key words: Elderly;
Depressive Disorder;
Prevalence; Comorbidity.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão ocupava, em 2004, o 1º lugar no ranque das principais doenças que mais causam incapacitação não fatal, o 3º lugar em carga global de incapacidade, e a estimativa é que ocupará o 1º lugar, em 2030, entre as doenças com maior carga global.¹

Em idosos, a depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns.² A depressão é uma condição patológica incapacitante, com enormes prejuízos à vida funcional e social dos indivíduos.³ Além dos sérios prejuízos aos quais o paciente é submetido durante o estado depressivo, é importante destacar que a depressão é crônica e recorrente,⁴ situação que predispõe o ser humano a uma condição de constante preocupação e expectativas ruins, necessitando de tratamento em serviços de atenção terciária.⁵

Um aspecto relevante a ser considerado é que a depressão pode estar associada a doenças somáticas crônicas e a outros transtornos psiquiátricos,

quadro que é destacado em indivíduos idosos.⁶ O aumento da idade populacional implica aumento nos índices de morbidade, tendo em vista que traz consigo o aumento de doenças silenciosas crônicas, as quais podem ser incapacitantes para os idosos e demandam um aumento relevante nos custos com cuidados de saúde.⁷

Estudos destacam que as doenças somáticas acompanhadas de transtornos psiquiátricos, em uma parcela relevante de pacientes tratados na atenção primária, acabam mascarando os sintomas psiquiátricos e prejudicando o diagnóstico.⁸ Em idosos, o mascaramento da depressão pode ser ainda mais proeminente, considerando-se que as doenças somáticas crônicas são mais frequentes e as queixas mais exacerbadas, tornando os sintomas depressivos menos aparentes.⁹ Além disso, os sintomas advindos da depressão em idosos são mais somáticos, quando comparados aos sintomas em pessoas mais jovens, uma característica que pode prejudicar o diagnóstico do transtorno.¹⁰ É também importante destacar que comorbidades entre depressão e outras doenças somáticas

crônicas trazem mais prejuízo ao estado de saúde das pessoas,¹¹ o que aumenta o sofrimento e os custos econômicos e sociais.

Além de outras comorbidades psiquiátricas, a depressão vem acompanhada frequentemente do transtorno distímico,^{12,13} o qual, na maior parte dos casos, tem início na infância ou adolescência, sendo mais raro o início na meia-idade ou velhice.¹² Apesar de menos frequente, a distímia em idosos traz consigo maior prejuízo social, como menor relacionamento com familiares e amigos, problemas no trabalho ou outros ambientes sociais, menos atividades de diversão e outras atividades sociais.¹⁴

Embora seja um transtorno que ocorre com frequência na população, tanto na atenção primária quanto na psiquiatria, é difícil de detectar.¹⁵ Um dos fatores que tornam a distímia um transtorno de difícil diagnóstico é a alta frequência de comorbidades psiquiátricas.¹⁶

A comorbidade com a depressão é referida como depressão dupla (DD), situação na qual um quadro agudo de depressão sobrepõe-se ao quadro crônico de distímia.⁵ A DD é caracterizada por elevados níveis de sintomas depressivos e maior prejuízo social na população geral.¹⁷ Em idosos, a DD é responsável por maior sentimento de desesperança do que os quadros de depressão ou distímia isolados.¹⁸

O aumento da idade populacional já é um dado consumado, tanto em números atuais quanto em números previsíveis para os próximos 50 anos, conforme estudos publicados pela OMS.^{19,20} Esses dados, juntamente com as constatações de que a depressão ocupa os primeiros lugares entre as doenças mais incapacitantes e com maior carga global e tende a se sobressair no ranque das doenças mais preocupantes,¹ são fatores importantes no sentido de impulsionar as pesquisas para a identificação clínica e outras variáveis inerentes à população idosa, os quais possam contribuir para o tratamento mais adequado possível e a melhora da qualidade de vida da população.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de transtornos depressivos e a associação

com fatores socioculturais e comorbidades somáticas em idosos do Sul de Santa Catarina.

MÉTODO

Trata-se de estudo com delineamento transversal, com base de dados populacional.

Este estudo é parte de um projeto-piloto, sob o título “Criciúma Diabetes Coorte (CDC)”, desenvolvido com a população do município de Criciúma- SC. O projeto-piloto é constituído de duas amostras populacionais. Uma é constituída por pacientes com diabetes tipo II e a outra, por estrato de indivíduos da população geral, distribuídos homoganeamente pelas diversas regiões do município.

Foram avaliados 1.021 indivíduos idosos, entre 60 e 79 anos de idade, provenientes da amostra da população geral sem diabetes (amostra não clínica). Para excluir eventuais vieses em razão de algumas dificuldades de testagem com pessoas em idade muito avançada, os indivíduos acima de 80 anos não foram incluídos na pesquisa. Os dados relativos aos pacientes com diabetes tiveram outro tipo de delineamento de pesquisa e fazem parte de outro estudo do grupo dessa pesquisa.²¹

O tamanho amostral foi obtido por conveniência, entretanto, levando em conta que no Censo do IBGE de 2010²² a população no município de indivíduos na faixa etária do estudo era de 14.090, pode-se considerar um erro amostral de aproximadamente 3%.

A coleta de dados foi realizada com base no banco de dados referido inicialmente. Os dados foram obtidos em entrevistas domiciliares realizadas por agentes de saúde treinados para a pesquisa, no período entre março e novembro de 2010. Foram avaliadas as seguintes características sociodemográficas: idade, gênero, situação conjugal e escolaridade. Foram também verificados relatos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), infarto agudo do miocárdio (IAM) e tabagismo. Os transtornos psiquiátricos avaliados foram: episódios depressivos (depressão), distímia e depressão dupla (DD).

Os diagnósticos psiquiátricos foram obtidos a partir de entrevista estruturada na versão em português do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI).²³ A entrevista foi padronizada e realizada de acordo com os critérios do DSM-IV (APA) e CID-10 (OMS), sendo de rápida aplicação em profissionais treinados (em torno de 15 minutos) e podendo ser utilizada na prática clínica e de pesquisa após um treinamento curto (uma a três horas).²³

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. Os resultados descritivos estão apresentados na forma de prevalências e razões de prevalência, exceto a idade, que foi a única variável analisada de forma quantitativa, estando esta representada pela sua média e desvio-padrão. As comparações entre médias de idade foram feitas pelo teste *t* Student. Os resultados são expressos com os valores do teste (*t*), seus graus de liberdade (*gl*) e valores de *p* quando significativo ou apenas NS quando não significativo. O estudo das associações entre os transtornos depressivos com as outras variáveis sociodemográficas e clínicas, uma vez que se trata de cruzamento entre variáveis apresentadas de forma dicotômica, foi analisado

por meio do teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher, quando pertinente, e descrita a razão de prevalência com respectivo intervalo de confiança. Em todos os testes adotou-se nível de significância de 95%, bilateral.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sob protocolo nº 310/2009. Após a apresentação e identificação do pesquisador, cada voluntário recebeu informações quanto aos procedimentos, bem como assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os participantes da pesquisa que tiveram diagnóstico psiquiátrico na entrevista foram reencaminhados para seus respectivos médicos assistentes ou, na inexistência desses, encaminhados para avaliação médica.

RESULTADOS

Na amostra foram estudados 1.021 indivíduos com média de idade de 67,3 ($\pm 4,8$) anos. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes, com relação à idade, gênero, situação conjugal e escolaridade.

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos em 1.021 idosos da comunidade. Criciúma, SC, 2010.

Variável	Fator	Resultado
Idade	Média	67,3 anos
	Desvio-padrão	4,8 anos
Gênero	Masculino	425 (41,6%)
	Feminino	596 (58,4%)
Situação conjugal	Com companheiro	561 (54,9%)
	Sem companheiro	460 (45,1%)
Escolaridade	Até oito anos	575 (56,3%)
	Nove anos ou mais	476 (43,7%)

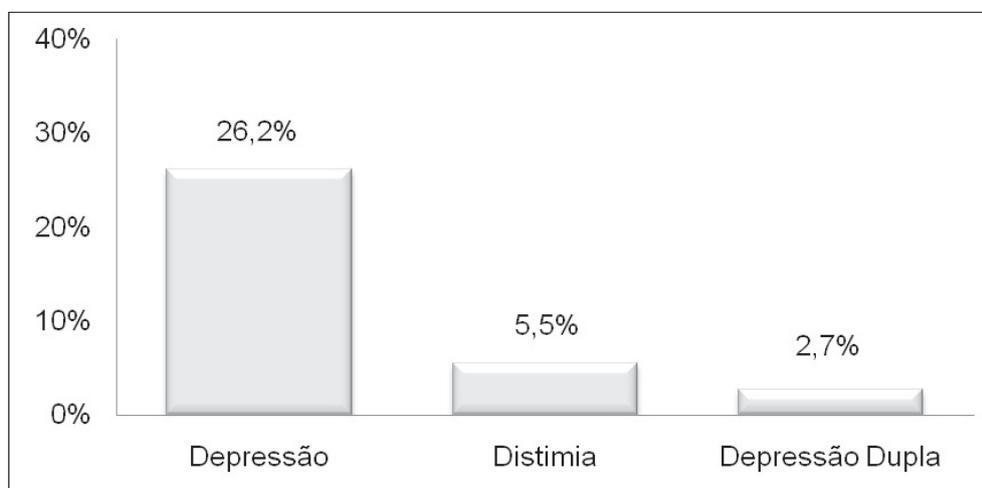
Na tabela 2 estão os dados autorreferidos sobre HAS, IAM e tabagismo. Foram encontradas as seguintes prevalências: 318 indivíduos (31,1%) com HAS; 136 indivíduos (13,2%) apresentaram histórico de IAM e 526 indivíduos (51,5%) relataram ser fumantes e ex-fumantes.

A figura 1 apresenta a prevalência de quadros de depressão, distímia e com os dois transtornos associados (DD). Aproximadamente, um quarto da população estudada (26,2%) teve escores que caracterizam depressão, 5,5%, distímia; e 2,7%, DD.

Tabela 2. Distribuição dos aspectos clínicos em 1.021 idosos da comunidade. Criciúma, SC, 2010.

Variável	Fator	Resultado
HAS	Presente	318 (31,1%)
	Ausente	703 (68,9%)
IAM	Presente	136 (13,2%)
	Ausente	886 (86,8%)
Tabagismo	Fumante atual	375 (36,7%)
	Ex-fumante	151 (14,8%)
	Nunca fumou	495 (48,5%)

HAS= hipertensão arterial sistêmica; IAM= infarto agudo do miocárdio.

**Figura 1.** Distribuição das prevalências de transtornos depressivos entre os 1.021 idosos da comunidade. Criciúma, SC, 2010.

Com relação à média de idade e o desenvolvimento de quadros depressivos, a pesquisa não mostrou diferenças significativas. Os indivíduos que apresentaram depressão, de acordo com os escores avaliados, tiveram média de idade de 67,4 anos, contra 67,27 dos classificados com escores negativos para depressão ($t=0,38$; $gl=408,13$; $p=NS$). Na distímia, a mesma comparação obteve médias de 63,39 e 63,30 anos, respectivamente ($t=0,14$; $gl=1019$; $p=NS$). Com relação à comorbidade entre depressão e distímia, os resultados foram, respectivamente, 67,18 *versus* 67,31 anos ($t=0,14$; $gl=1019$; $p=NS$).

A tabela 3 apresenta os dados das associações entre as variáveis quantitativas sociobiológicas e

a presença de depressão. Os fatores de risco para escores de depressão foram: nove anos ou mais de estudo ($\chi^2=12,24$; $gl=1$; $p<0,001$) e tabagismo atual ($\chi^2=18,55$; $gl=1$; $p<0,001$). A distímia foi associada positivamente ao gênero masculino ($\chi^2=40,01$; $gl=1$; $p<0,001$), relato de HAS ($\chi^2=13,89$; $gl=1$; $p<0,001$) e ao tabagismo, tanto atual ($\chi^2=4,18$; $gl=1$; $p=0,041$), quanto passado ou ex-tabagismo ($\chi^2=10,38$; $gl=1$; $p=0,001$). Com relação à DD, repetiram-se os mesmos fatores de risco para a distímia: gênero masculino ($\chi^2=13,20$; $gl=1$; $p<0,001$), relato de HAS ($\chi^2=30,19$; $gl=1$; $p<0,001$), tabagismo atual ($\chi^2=9,67$; $gl=1$; $p=0,002$), tabagismo passado ($\chi^2=27,49$; $gl=1$; $p<0,001$).

Tabela 3. Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os transtornos depressivos em 1.021 idosos da comunidade. Criciúma, SC, 2010.

Fator	Episódio depressivo RP (IC 95%)	Distímia RP (IC 95%)	Depressão dupla RP (IC 95%)
Sexo (Masculino/feminino)	1,03 (0,84-1,27)	6,46 (3,29-12,64)*	4,21 (1,80-9,81)*
Situação conjugal (Com/sem companheiro)	1,17 (0,95-1,44)	0,95 (0,57-1,58)	0,71 (0,34-1,48)
Escolaridade (9 anos ou mais/até 8 anos)	1,44 (1,17-1,77)*	1,04 (0,63-1,74)	0,97 (0,46-2,02)
HAS (Sim/não)	1,00 (0,80-1,25)	2,55 (1,53-4,24)*	8,11 (3,32-19,80)*
IAM (Sim/não)	0,86 (0,62-1,20)	1,60 (0,85-3,02)	1,43 (0,55-3,69)
Tabagismo (Atual/nunca fumou)	1,63 (1,30-2,05)*	1,86 (1,02-3,42)*	5,72 (1,64-19,93)*
 (Ex-tabagista/nunca fumou)	1,33 (0,97-12,82)	2,89 (1,48-5,65)*	13,11 (3,75-45,86)*

RP= razão de prevalência; IC= intervalo de confiança; * $p < 0,05$ regressão logística; HAS= hipertensão arterial sistêmica; IAM= infarto agudo do miocárdio.

DISCUSSÃO

Os dados extraídos neste estudo mostram uma prevalência de depressão de 26,2% na população idosa entre 60 e 79 anos de idade. A prevalência de depressão na população geral pode oscilar entre 11-18,4%²⁴ e pode chegar a 23% entre os indivíduos que apresentam alguma outra doença crônica²⁵ e 23,9% em pacientes atendidos na atenção primária de saúde.²⁶ Em idosos, a prevalência de depressão atinge aproximadamente 20% de pessoas não institucionalizadas.²⁷ Em uma revisão sistemática,²⁸ foi observado que a frequência de depressão em pacientes idosos é bastante variável entre diversas populações, mas pode chegar a aproximadamente 40% dos indivíduos idosos em algumas populações. Esses resultados vão ao encontro da presente pesquisa, confirmando que a prevalência de depressão é alta em indivíduos idosos. Considerando que doenças somáticas crônicas são mais frequentes em idosos⁹ e que a depressão é um transtorno que predispõe os indivíduos a um maior prejuízo do estado de saúde e maior gravidade das doenças somáticas,¹¹ os resultados dessa pesquisa

e de outros estudos^{9,11} alertam para o fato de que a depressão deve ser levada em conta em exames e tratamentos de pessoas idosas.

Com relação à escolaridade, estudos observaram a baixa escolaridade como um dos fatores associados à depressão,²⁹ entretanto, em uma revisão sistemática,³⁰ os autores observaram divergências entre eles. Enquanto trabalhos mostraram associação positiva, outros não encontraram correlação entre níveis de escolaridade e depressão. Neste estudo foram encontrados maiores escores de depressão nos indivíduos com nível de escolaridade maior. É importante destacar que diferentes estudos, muitas vezes, consideram fatores divergentes que podem estar inerentes aos resultados de pesquisas. Por exemplo, um fator que se apresenta com bastante consistência associado à depressão é o gênero feminino e a idade mais avançada,^{29,30} os quais não foram estratificados neste trabalho de forma a avaliar se poderiam estar relacionados com o grau de escolaridade. Portanto, outros estudos mais detalhados são necessários para que se possa

analisar quais fatores específicos da população estudada nesta pesquisa podem estar relacionados com o grau de escolaridade e depressão.

Além da depressão, este estudo avaliou a prevalência de distímia, um transtorno que pode se apresentar separadamente e, com bastante frequência, em comorbidade com a depressão.^{12,13,15} Estima-se que a prevalência de distímia durante a vida toda fique entre 3,1% e 6,4%.³¹ Em idosos, a distímia acomete entre 2 e 6% da população.^{32,33,34} No presente trabalho, a prevalência de distímia encontrada foi de 5,5%, indicando que essa se apresenta com uma frequência relevante em idosos dessa região e que está concordante com os percentuais encontrados em estudos de outras regiões.³²

Com relação aos outros fatores associados à distímia: prevalência maior do sexo masculino, histórico de tabagismo e presença de HAS, os resultados corroboram outros estudos.³⁵ Alguns autores sugerem que tabagismo está fortemente associado com depressão, distímia e prejuízo na qualidade de vida de pacientes com doenças cardíacas.³⁶ Portanto, esses dados sugerem que o tabagismo pode ser um fator importante inerente à HAS e transtornos afetivos nos idosos investigados por esta pesquisa.

Estudos sugerem que 39% a 68% dos distímicos desenvolvem DD.³⁷ O presente estudo, por ser transversal, não acompanhou a evolução do quadro dos pacientes, entretanto, encontrou uma prevalência de 2,7% de indivíduos idosos com DD. Embora não tenha sido o foco deste estudo, é importante ressaltar que a DD vem sendo apontada como uma situação que predispõe os pacientes a maiores prejuízos psicossociais, mais sofrimento e maior risco de suicídio.^{38,39}

Ao evidenciar alta prevalência de depressão, distímia e DD em uma população de idosos, este trabalho destaca a importância de avaliações mais sistemáticas, tanto na atenção primária de saúde como em pesquisas científicas, visando, sobretudo, observar algumas características específicas acerca dos sintomas e comorbidades da faixa etária estudada, conforme destacam estudos.⁴⁰

É importante destacar que a ocorrência expressiva de casos de depressão na população investigada pode estar associada à ausência de diagnóstico ou tratamento corretos de transtornos depressivos. Um fator relevante subjacente à ausência de diagnóstico pode ser a dificuldade em avaliar dados subjetivos dos transtornos mentais, diminuindo de forma significativa o poder de diagnóstico e tratamento.⁴¹ Os sintomas entre idosos e adultos jovens podem ser semelhantes, contudo, no idoso, o relato de sintomas somáticos, como alteração no sono e no apetite, é mais intenso que sintomas psicológicos e apresenta mais anedonia que tristeza e prejuízos cognitivos.⁴² Além disso, os idosos muitas vezes vivenciam doenças crônicas que, associadas à depressão, levam a pior aderência aos tratamentos, negligência no autocuidado, pior qualidade de vida, aumento na procura de serviços de saúde, maior morbimortalidade e risco de suicídio.^{43,44}

Apesar de pesquisar um percentual relevante e abrangente da população do município, este estudo incluiu uma amostra não clínica. Desta forma, tem uma característica importante, que é a obtenção de dados da população idosa de forma geral. Por outro lado, apresenta uma limitação por não ter acessado os dados clínicos específicos de pacientes em tratamento psiquiátrico. Outra limitação foi o fato de não classificar os idosos entre as idades mais e menos avançadas, além de outros fatores socioambientais que podem estar atrelados a maiores riscos e maior gravidade de sintomas de transtornos depressivos.^{28,29}

CONCLUSÃO

Os dados demonstram que quadros de depressão são fenômenos frequentes em idosos da população geral e, nesta amostra, além de corroborar resultados de outras pesquisas, os sinais de transtornos depressivos se expressaram em um percentual um pouco maior da população estudada. Os resultados desta pesquisa também mostraram associações de fatores socioambientais e doenças somáticas crônicas aos transtornos depressivos, como, por exemplo, a depressão e nível de escolaridade, bem como o tabagismo e

HAS associados à distímia, os quais vêm sendo evidenciados em outros estudos e merecem destaques para novas pesquisas. Resultados aparentemente discrepantes, como a correlação positiva com o maior nível de escolaridade, devem ser alvos de futuras pesquisas, com a finalidade de correlacionar fatores que possam estar envolvidos na população específica estudada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. World Health Organization (2001). A Call for Action by World Health Ministers. 54th World Health Assembly: Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Ormel J, Vonkorff M, Van Den Brink W, Katon W, Bilman E, Oldehinkel T. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 1993;83(3):385-90.
4. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatr* 1999;156(7):1000-6.
5. Tavares RV, Juruena MF. Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Am J Psychiatr* 1999;156(7):1000-6.
6. Duarte MB, Rego MA. Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic. *Cad Saúde Pública* 2007;23:691-700.
7. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Health profile of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 National Household Sample Survey using the Grade of Membership method. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3):535-46.
8. Skapinakis P, Araya R. Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile. *BMC Res Notes* 2011;26(4):1-5.
9. Samuels SC, Brickman AM, Burd JA, Purohit DP, Qureshi PQ, Serby M. Depression in autopsy-confirmed dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Mt Sinai J Med* 2004;71(1):55-62.
10. Hegeman JM, Kok RM, Van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatr* 2012;200(4):275-81.
11. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370;(9590):851-8.
12. Rhebergen D, Graham R, Hadzi-Pavlovic D, Stek M, Friend P, Barrett M, et al. The categorisation of dysthymic disorder: can its constituents be meaningfully apportioned? *J Affect Disord* 2012;143(1-3):179-86.
13. Sansone RA, Correll T. Dysthymic disorder: the persistent depression. *Psychiatry* 2005;9:1-12.
14. Pakkala K, Kivelä SL, Laippala P. Social and environmental factors and dysthymic disorder in old age. *J Clin Epidemiol* 1992;45(7):775-83.
15. Sansone RA, Sansone LA. Dysthymic disorder: forlorn and overlooked? *Psychiatry* 2009;6(5):46-50.
16. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated sociodemographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMED-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:4-11.
17. Keller MB, Shapiro RW. "Double depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatr* 1982; 139(4):438-42.
18. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *J Psychiatr Res* 2008;42(5):408-15.
19. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
20. World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
21. Ceretta LB, Réus GZ, Abelaira HM, Jornada LK, Schwalm MT, Hoepers NJ, et al. Increased prevalence of mood disorders and suicidal ideation in type 2 diabetic patients. *Acta Diabetol* 2012;49(1):227-34.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi apoiado em parte por grants do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (João Quevedo e Gislaïne Z. Réus), pelo Instituto Cérebro e Mente e pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (João Quevedo).

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 12 ago. 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420460>
23. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para os transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
24. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2002;37(7):316-25.
25. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;9:2-16.
26. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clín* 2012;39(6):152-4.
27. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003; 70(1):38-44.
28. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(5):372-87.
29. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Socio-demographic factors of geriatric depression. *Indian J Psychol Med* 2010;32(2):87-92.
30. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2003; 160(6):1147-56.
31. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatr* 1988;145(7):815-9.
32. Carta MG, Carpiniello B, Kovess V, Porcedda R, Zedda A, Rudas N. Lifetime prevalence of major depression and dysthymia: results of a community survey in Sardinia. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995;5 Suppl:103-7.
33. Fichter MM, Bruce ML, Schröppel H, Meller I, Merikangas K. Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in US communities. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 1995;245(6):319-25.
34. Devanand DP. Dysthymic disorder in the elderly population. *Int Psychogeriatr* 2014;26(1):39-48.
35. Byers AL, Covinsky KE, Barnes DE, Yaffe K. Dysthymia and depression increase risk of dementia and mortality among older veterans. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20(8):664-72.
36. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Tobacco smoking predicts depression and poorer quality of life in heart disease. *BMC Cardiovasc Disord* 2013;13:2-10.
37. Friberg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014;152-154:1-11.
38. Holm-Denoma JM, Berlim MT, Fleck MP, Joiner TE Junior. Double depression in adult psychiatric outpatients in Brazil: Distinct from major depression? *Psychiatry Res* 2006;144(2-3):191-6.
39. Joiner TE Junior, Cook JM, Hersen M, Gordon KH. Double depression in older adult psychiatric outpatients: Hopelessness as a defining feature. *J Affect Disord* 2007;101(1-3):235-8.
40. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Keller MB, Dowling F, Goodman D, et al. Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in outpatients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999;52:187-96.
41. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behavior? *Psychol Med* 2000; 30(2):413-9.
42. Carson A, Margolin R. Depression in older patients with neurologic illness: Causes, recognition, management. *Clevel Clin J Med* 2005;72(3):52-64.
43. Galetti C, Alvarenga PG, Andrade AG, Tavares H. Gambling and substance use by the elderly: a review of the literature. *Rev Psiquiatr Clín* 2008;35(Suppl 1):39-43.
44. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2007;29(1): 19-27.

Recebido: 30/10/2014

Revisado: 08/7/2015

Aprovado: 15/9/2015