

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
INSTITUTO RENÉ RACHOU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
SUPORTE SOCIAL ENTRE BRASILEIROS COM 50 ANOS  
OU MAIS: EVIDÊNCIAS DO ELSI-BRASIL**

por

Beatriz Oliveira Carvalho

**Belo Horizonte  
2023**

**DISSERTAÇÃO**

**MSC – IRR**

**B. O. CARVALHO**

**2023**

**BEATRIZ OLIVEIRA CARVALHO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
SUPORTE SOCIAL ENTRE BRASILEIROS COM 50 ANOS  
OU MAIS: EVIDÊNCIAS DO ELSI-BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como pré-requisito ao título de Mestre em Saúde Coletiva – Linha de Pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho  
Coorientação: Dr. Érico de Castro Costa

**Belo Horizonte  
2023**

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do IRR  
CRB 6 3740/00

C253a Carvalho, Beatriz Oliveira.  
2023

Associação entre sintomas depressivos e suporte social entre brasileiros com 50 anos ou mais: evidências do Elsi-Brasil / Beatriz Oliveira Carvalho. – Belo Horizonte, 2023

XII, 50 f., tab.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 42-50

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Envelhecimento e Saúde.

1. idoso/psicologia. 2. depressão/etiologia .3. Suporte Social. 4. Estudos de coorte. I. Título. II. Loyola Filho, Antônio Ignácio de (Orientação). III. Costa, Érico de Castro (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 362.25

**BEATRIZ OLIVEIRA CARVALHO**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E  
SUPORTE SOCIAL ENTRE BRASILEIROS COM 50 ANOS  
OU MAIS: EVIDÊNCIAS DO ELSI-BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como pré-requisito ao título de Mestre em Saúde Coletiva – Linha de Pesquisa: Envelhecimento e saúde.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (IRR) – Presidente

Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana (UFMG) – Titular

Prof. Dra. Elaine Leandro Machado (UFMG) – Titular

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (IRR/FIOCRUZ) – Suplente

**Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte. 06/07/2023**

## RESUMO

**Introdução** - Os transtornos depressivos, distúrbios psiquiátricos geriátricos mais comuns, e as alterações somáticas e cognitivas deles decorrentes podem afetar a capacidade funcional e impactar negativamente a qualidade de vida dos idosos. Há uma gama de fatores elencados entre os determinantes da depressão, incluindo os sociodemográficos e as condições crônicas de saúde, mas discute-se cada vez mais o impacto do ambiente social e das interações sociais sobre a saúde mental. Em função disso, a investigação das relações entre suporte social e saúde mental tem ganhado espaço na agenda desse campo de pesquisa. O suporte social é um conceito multifacetado e complexo, abrangendo aspectos estruturais e funcionais das relações pessoais. **Objetivo** - Investigar a associação entre sintomas depressivos e suporte social junto a amostra representativa de adultos brasileiros com 50 anos ou mais de idade. **Metodologia** - Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com base nos dados da segunda onda do ELSI-Brasil. Os sintomas depressivos foram rastreados com base no instrumento CES-D8, considerando o ponto de corte  $\geq 4$  para identificar os participantes com sintomas depressivos. O suporte social foi investigado em suas dimensões estrutural e funcional, num total de oito itens. Variáveis sociodemográficas e de condições de saúde foram consideradas para ajuste na investigação da associação entre suporte social e sintomas depressivos, por meio do modelo de regressão de Poisson, considerando o nível de significância de 5%. **Resultados** - A prevalência de sintomas depressivos foi estimada em 19,1% (IC95%:16,7;21,7). Após a análise multivariada, com o ajuste para variáveis sociodemográficas e de condições de saúde, sintomas depressivos foram independentemente associados ao suporte social negativo nos itens não ser casado (RP=1,24; IC95%: 1,07-1,44) (dimensão estrutural), não ter em quem confiar (RP=1,31; IC95%: 1,10-1,56) ou a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade (RP=1,46; IC95%: 1,21-1,75) (dimensão funcional). Os resultados deste trabalho ressaltam a importância das relações sociais na determinação da presença de sintomas depressivos e reforçam a importância do ambiente social no planejamento de intervenções voltadas à prevenção desse evento em idosos. Políticas públicas voltadas para o fortalecimento das redes sociais podem ter um impacto positivo na saúde mental desse grupo etário.

**Palavras-chave:** Sintomas depressivos - Suporte social – Idoso – ELSI-Brasil.

## ABSTRACT

**Background** - Depressive disorders are the most common geriatric psychiatric disorders, and the somatic and cognitive changes resulting from them can affect functional capacity and impact people's quality of elderly. There is a range of factors listed among the determinants of depression, including sociodemographic factors and chronic health conditions, but the impact of the social environment and social interactions on mental health is increasingly being discussed. As a result, the investigation of the relationship between social support and mental health has gained space on the agenda of this field of research. Social support is a multifaceted and complex concept, encompassing psychological and functional aspects of personal relationships. **Objective** - To investigate the association between depressive symptoms and social support among a representative sample of Brazilian adults aged 50 years or older. **Methodology** – This is a cross-sectional study, based on data from the second wave of ELSI-Brazil. Depressive symptoms were screened based on the CES-D8 instrument, considering a cutoff point  $\geq 4$  to identify participants with depressive symptoms. Social support was investigated in its structural and functional dimensions, in a total of eight items. Sociodemographic variables and health conditions were considered for adjustment in the investigation of the association between social support and depression, using the Poisson regression model, considering a significance level of 5%. **Results** - The prevalence of depressive symptoms was estimated at 19.1% (95%CI: 16.7;21.7). After multivariate analysis, with adjustment for sociodemographic variables and health conditions, depressive symptoms was independently associated with negative social support, in the items not being married (PR=1.24; 95%CI: 1.07-1.44 ) (structural dimension), not having anyone to trust (PR=1.31; 95%CI: 1.10-1.56) or not having to whom to borrow money or an object, in case of need (RP=1.46; 95CI %: 1.21-1.75) (functional dimension). The results of this study highlight the importance of social relationships in determining the presence of depressive symptoms and reinforce the importance of the social environment in planning interventions aimed at preventing these events in the elderly. Public policies aimed at strengthening social networks can positively impact the mental health of this age group.

**Key-words:** Depressive symptoms – Social Support – Older Adults – ELSI-Brazil

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição proporcional (%) de sintomas depressivos entre idosos brasileiros (n=8.074), segundo características sociodemográficas e condições de saúde, Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022..... 27
- Tabela 2.** Distribuição proporcional (%) dos itens de suporte social, em suas dimensões estrutural e funcional, Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022..... 29
- Tabela 3.** Resultados das análises univariada e multivariada da associação entre suporte social (dimensões estrutural e funcional) e sintomas depressivos (CES-D8 $\geq$ 4), Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022..... 31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CID-11** - Classificação Internacional de Doenças

**CES-D** - *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DSM-5** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**ELSI-Brasil** - Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros

**GDS** - *Geriatric Depression Scale*

**GHQ** - *General Health Questionnaire*

**PHQ** - *Patient Health Questionnaire*

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	8
2. OBJETIVOS.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	11
4. METODOLOGIA .....	23
5. RESULTADOS.....	27
6. DISCUSSÃO .....	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional (maior participação dos idosos na população total) é um fenômeno global (United Nations, 2021). Esse processo, associado a alterações nos padrões de consumo e no estilo de vida contribuíram para que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passassem a ocupar um lugar de destaque no perfil epidemiológico (Mendes, 2021). A população brasileira experimentou essas mesmas alterações demográficas e do perfil de morbimortalidade com as DCNT prevalecendo no perfil de morbidade e constituindo a principal causa de morte entre brasileiros, seguida das violências (Malta; Silva Jr, 2013). Em 2005, as DCNT já constituíam as principais causas de hospitalização entre idosos no Brasil, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (28%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (17% ) e daquelas relacionadas ao aparelho digestivo (10%) (Góis; Veras, 2010).

No contexto das DCNT, os transtornos mentais são a principal causa mundial de anos vividos com incapacidade. Em 2019, uma em cada oito pessoas (13% da população mundial) estavam vivendo com algum transtorno mental, sendo a ansiedade e os transtornos depressivos os mais comuns. Estimou-se que nesse mesmo ano, 280 milhões de pessoas viviam com depressão, sendo este o transtorno mental mais prevalente entre adultos (World Health Organization, 2022). A depressão contribui de forma importante para a carga global de doenças e está entre as três principais causas de incapacidade em todo o mundo (GBD 2017 Disease And Injury Incidence And Prevalence Collaborators, 2018).

Também entre os idosos, os transtornos depressivos figuram como os distúrbios psiquiátricos geriátricos mais comuns (Zenebe *et al.*, 2021a), impactando negativamente a qualidade de vida desse segmento populacional (Liu *et al.*, 2020; Tayaa *et al.*, 2020). Nessa população, os transtornos depressivos estão associados ao maior risco de suicídio (Tayaa *et al.*, 2020; Valera Ortín; Lucerón Lucas-Torres, 2021) e ao excesso de mortalidade (Brandão *et al.*, 2019; Zenebe *et al.*, 2021a). Além disso, a presença de transtornos depressivos relaciona-se à custos de saúde significativamente mais elevados (Grochtdreis *et al.*, 2019).

Estudos recentes, desenvolvidos em diversas populações, estimaram a prevalência global de depressão entre idosos entre 13,3% e 51,8% (Mirkena *et al.*, 2018; Güzel; Kara, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021). No Brasil, estudos indicaram prevalências de presença de sintomas depressivos em idosos não institucionalizados

variando entre 8,1% e 38,5% (Castro-Costa *et al.*, 2008; Barcelos-Ferreira *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2013; Ramos *et al.*, 2015; Mendes-Chiloff *et al.*, 2019; Corrêa *et al.*, 2020).

A saúde é um construto complexo, complexidade essa que se transfere para a delimitação dos seus determinantes, que não se restringem ao campo biológico. No âmbito da determinação social da saúde, discute-se o impacto sobre a saúde das interações entre pessoas na vida em sociedade e das relações dos membros de uma comunidade com o ambiente social que os envolvem (Geib, 2012). Em função disso, o suporte social tem ganhado espaço na agenda da pesquisa em saúde.

O suporte social é apontado como um importante determinante da saúde física e mental, sendo associado à menores taxas de morbimortalidade e também aumentando as possibilidades de recuperação e sobrevivência à doenças (Due *et al.*, 1999; Berkman *et al.*, 2000). Ademais, é considerado um fator protetivo da saúde em todos os ciclos da vida, podendo facilitar a adesão a tratamentos médicos, contribuir para diminuição de medicação necessária e acelerar a recuperação de pacientes (Cobb, 1976). Foi evidenciado ainda que o suporte social influencia de forma benéfica comportamentos em saúde como autocuidado em relação às DCNT e redução das tentativas de suicídio, tendo um importante papel na redução da incidência e progressão das doenças cardiovasculares (Tay *et al.*, 2013).

No que se refere à associação entre suporte social e depressão em idosos, a literatura é extensa. Diversos estudos que se dedicaram a investigar a prevalência e os fatores associados à depressão na população idosa apontaram a associação negativa entre depressão e suporte social (Rajapakshe; Sivayogan; Kulatunga, 2019; Ferrand *et al.*, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021; Zhang *et al.*, 2022).

A produção científica brasileira voltada para a investigação das relações entre suporte social e transtornos depressivos em bases populacionais e entre idosos ainda é escassa. Identificamos três estudos transversais e um longitudinal que abordaram essa associação e eles apresentaram resultados divergentes (Castro-Costa *et al.*, 2008; Borges *et al.*, 2013; De Andrade; Bof De Andrade; Viana, 2023).

Considerando o impacto causado pela depressão na qualidade de vida dos idosos e a importância do suporte social no amortecimento desses impactos, esse estudo se propõe a contribuir para melhor compreensão da relação entre sintomas depressivos e suporte social entre adultos brasileiros com 50 anos ou mais.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Investigar a associação entre sintomas depressivos e suporte social entre brasileiros com 50 anos ou mais de idade.

### **Objetivos específicos**

- 1) Estimar a prevalência de sintomas depressivos;
- 2) Investigar a associação entre sintomas depressivos e suporte social, ajustada por variáveis sociodemográficas e condições de saúde.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### **As transições demográfica e epidemiológica**

A transição demográfica é um fenômeno marcado pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade e está associado à modernização e ao desenvolvimento socioeconômico da sociedade. Inicialmente, a queda da mortalidade e a manutenção da fecundidade em níveis elevados, reflete-se numa aceleração do crescimento populacional e aumento da população jovem. Na sequência, a convergência das curvas de mortalidade e natalidade, a partir da queda da última, diminui o ritmo de crescimento populacional e reconfigura o perfil etário da população, que se torna envelhecida (Vasconcelos; Gomes, 2012; Travassos; Coelho; Arends-Kuenning, 2020).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global: em 2019, 9,0% da população mundial era composta por pessoas com mais de 65 anos. Estima-se que esse número dobre até 2050, alcançando 1,5 bilhão, o que significa que uma em cada seis pessoas terá, então, mais de 65 anos. Entre 2015 e 2020, a expectativa de vida ao nascer atingiu 72,3 anos, com as mulheres vivendo em média cinco anos a mais que os homens - 74,7 e 69,9 anos, respectivamente. Nesse mesmo período, uma pessoa que atingiu a idade de 65 anos pode esperar viver, em média, mais 17 anos (United Nations, 2021).

Entretanto, o envelhecimento populacional não tem um curso homogêneo nas regiões do mundo. Ele tem sido mais rápido no Leste e Sudeste Asiático e na América Latina e no Caribe. Entre 1990 e 2019, a proporção da população com 65 anos ou mais quase dobrou no Leste e Sudeste Asiático, passando de 6,0% para 11,0%, enquanto na América Latina e no Caribe passou de 5,0% para 9,0%. Entre 2019 e 2050, a proporção de pessoas idosas está projetada para pelo menos dobrar em quatro regiões: Norte da África e Ásia Ocidental, Ásia Central e Meridional, América Latina e Caribe e Leste e Sudeste da Ásia. Atualmente, a maior expectativa de vida aos 65 anos é experimentada na Austrália e Nova Zelândia (21 anos), seguidas pela Europa e América do Norte (19 anos). Projeta-se que entre 2015-2020 e 2045-2050 a expectativa de vida aos 65 anos aumente em todas as regiões (United Nations, 2021).

A população brasileira experimentou a transição demográfica mais tardiamente e em um ritmo mais acelerado do que aquele visto nos países europeus. Além disso, essa transição foi seletiva em decorrência dos desequilíbrios regionais e as

desigualdades sociais que caracterizam o Brasil. A queda da fecundidade iniciou-se no início dos anos 1970, diminuindo o ritmo de crescimento populacional observado na população brasileira até então (Travassos *et al.*, 2020). Essa dinâmica levou ao rápido envelhecimento da população brasileira, que até o final dos anos 1960, era bastante jovem (52% dela tinha idade abaixo de 20 anos e menos de 3% tinha mais de 65 anos) (Carvalho; Garcia, 2003). Em 2020, o Brasil contabilizava um pouco mais de 30 milhões de idosos (14,3% da sua população) (Travassos *et al.*, 2020). Em 2050, os idosos deverão corresponder a aproximadamente 19% da população brasileira (Carvalho; Rodríguez-Wong, 2008).

Concomitante à mudança na sua estrutura etária, a população brasileira sofreu alterações nos seus padrões de mortalidade e morbidade, alterações essas compatíveis com a transição epidemiológica. A assim chamada transição epidemiológica caracteriza-se por complexas modificações nos padrões de saúde e doença de uma população, assim como alterações na relação entre esses padrões e seus determinantes demográficos e socioeconômicos (Omran, 2005). Esse processo caracteriza-se pela diminuição das doenças infecciosas e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como principais componentes do perfil de morbimortalidade (Lebrão, 2007). Mendoza e Miranda (2017) destacam o caráter dinâmico da transição epidemiológica e sustentam que a tese de Omran trouxe um reforço à compreensão da dinâmica de mudança dos perfis epidemiológicos, no âmbito da mudança demográfica. No entanto, os autores chamam a atenção para o fato de que os países desenvolvidos tiveram mais tempo para dobrar ou triplicar sua população (geralmente mais de um século), diferentemente do ocorrido em países em desenvolvimento, que vivenciaram esse processo em poucas décadas (Mendoza; Miranda, 2017). Nesse sentido, alguns autores argumentam que esse modelo não pode ser aplicado linearmente a todas as populações, pois é preciso considerar a imensa variação regional na carga de doenças, as disparidades existentes entre os sistemas de saúde e o acúmulo de vários tipos de epidemias em pequenas áreas e em períodos curtos de tempo (Roth *et al.*, 2015).

Assim, as alterações demográficas, nos padrões de consumo e no estilo de vida contribuíram para que as condições crônicas não transmissíveis passassem a ocupar um lugar de destaque no quadro epidemiológico (Mendes, 2011). Em 2019, sete das 10 principais causas de morte no mundo foram por doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT). Dentre essas causas figuram doenças cardiovasculares, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (World Health Organization, 2019).

As DCNT se tornaram mais prevalentes também na população brasileira, passando a constituir a principal causa de morte entre brasileiros, seguida das violências (Malta; Silva Jr, 2013). Em 2005, as DCNT já figuravam como as principais causas de hospitalização entre idosos no Brasil, com predomínio (28%) das doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório (17%) e daquelas relacionadas ao aparelho digestivo (10%) (Góis; Veras, 2010). Entre os idosos, a prevalência de multimorbidade (considerando duas ou mais morbidades) é de 67,8%, sendo os agravos mais comuns a hipertensão arterial sistêmica, os problema de coluna e a hipercolesterolemia (Nunes *et al.*, 2018).

No contexto das DCNT, os transtornos mentais são a principal causa mundial de anos vividos com incapacidade. Em 2019, 13% da população mundial estavam vivendo com algum transtorno mental, sendo a ansiedade e os transtornos depressivos os mais comuns. Foi estimado para esse mesmo ano que 280 milhões de pessoas viviam com depressão, sendo esse o transtorno mental mais prevalente entre adultos (World Health Organization, 2022). A depressão contribui de forma importante para a carga global de doenças e está entre as três principais causas de incapacidade em todo o mundo (GBD 2017 Disease And Injury Incidence And Prevalence Collaborators, 2018). Além disso, evidências apontam uma associação bidirecional entre transtornos depressivos e DCNT, como diabetes e doenças cardiovasculares (Anwar; Kuppili; Balhara, 2017; World Health Organization, 2022).

### **Transtornos depressivos – prevalência e fatores associados em idosos**

Quando se trata de doenças mentais, a ausência de uma referência, um padrão para o que seria o funcionamento “normal” da subjetividade humana torna difícil definir o que seria o desvio. Segundo Dunker (2021), há uma infinidade de “funcionamentos mentais, de gramáticas culturais, de reconhecimento”, e os tipos clínicos e suas regularidades descritos podem ser operacionais ou convencionais, e não naturais como no caso das doenças. Por isso os manuais relativos às doenças mentais passaram a adotar a expressão “transtorno” (*disorder*) no lugar de doença (Dunker, 2021).

Os transtornos depressivos são transtornos mentais que caracterizam-se pela presença de sentimentos de tristeza, vazio, humor irritável, acompanhado por

alterações somáticas e cognitivas que podem afetar a capacidade de funcionamento do indivíduo. As diferenças entre eles estão relacionadas à duração, tempo ou etiologia presumida. Entretanto nenhum dos sintomas é patognomônico para a depressão, aparecendo também em outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas. Assim, o diagnóstico da depressão como um transtorno é baseado em sintomas que formam uma síndrome que causam prejuízo funcional (Malhi; Mann, 2018). O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5) relaciona os seguintes transtornos depressivos: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, depressão induzida por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (American Psychiatric Association, 2014).

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica nesse grupo de transtornos, sendo caracterizada por episódios discretos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo mudanças claras no afeto, na cognição, nas funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. A forma mais crônica de depressão, denominada transtorno depressivo persistente (distímia) pode ser diagnosticado quando o distúrbio do humor continua por pelo menos dois anos em adultos ou um ano em crianças (American Psychiatric; Association, 2014).

Já de acordo com a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças – versão 11), o episódio depressivo (código 6A70) encontra-se entre os transtornos do humor (afetivos) e apresenta três variedades: leve, moderado e grave. Os sintomas usualmente experimentados são humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida que leva ao aumento da fadigabilidade e à atividade diminuída e cansaço marcante, mesmo após esforços leves. São ainda comuns, sintomas como a redução da atenção, concentração, autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, visões pessimistas do futuro, pensamentos suicidas, sono perturbado e apetite diminuído (World Health Organization, 2018).

Os transtornos depressivos estão entre os distúrbios psiquiátricos mais comuns entre idosos, sendo um importante fator de risco para incapacidade (Zenebe *et al.*, 2021). Eles impactam negativamente a qualidade de vida dos idosos (Liu *et al.*, 2020; Tayaa *et al.*, 2020), estando associados ao maior risco de suicídio (Tayaa *et al.*, 2020;

Valera Ortín; Lucerón Lucas-Torres, 2021) e excesso de mortalidade nesse grupo etário (Brandão et al., 2019; Zenebe et al., 2021). Além disso, a presença de transtornos depressivos em idosos relaciona-se à custos de saúde significativamente mais elevados (Grochtdreis et al., 2019).

Duas metanálises recentes estimaram a prevalência global de depressão entre idosos entre 13,3% (Abdoli et al., 2022) e 31,74% (Zenebe et al., 2021). No entanto, estudos populacionais realizados na Etiópia e Turquia apontam prevalências ainda maiores chegando a 51,8% (Mirkena et al., 2018; Güzel; Kara, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021).

Estudos conduzidos em diversos municípios brasileiros indicaram prevalências de presença de sintomas depressivos em idosos não institucionalizados variando entre 8,1% e 38,5%, o que os colocam em linha com os resultados observados em outras populações (Castro-Costa et al., 2008; Barcelos-Ferreira et al., 2009; Borges et al., 2013; Ramos et al., 2015; Mendes-Chiloff et al., 2019; Corrêa et al., 2020).

Diferentes tipos de estudos apontam a associação entre a ocorrência de transtornos depressivos e fatores sociodemográficos como sexo, idade, escolaridade, renda e estado civil. A associação entre sexo e depressão é bem estabelecida na literatura. Diversos estudos populacionais, (Barcelos-Ferreira et al., 2009; Tang et al., 2021; Mirkena et al., 2018; Mendes-Chiloff et al., 2019; Güzel; Kara, 2020) e estudos de revisão sistemática/metanálise (Pilania et al., 2019; Qiu et al., 2020; Ruiz et al., 2021; Zenebe et al., 2021) apontam maior prevalência de transtornos depressivos em mulheres.

Em relação à idade, os estudos realizados entre idosos têm consistentemente apontado picos de prevalência de transtornos depressivos nas faixas etárias mais elevadas (Blazer et al., 1991; Castro-Costa et al., 2008; Luppá et al., 2012; Borges et al., 2013; Mirkena et al., 2018; Mulat; Gutema; Wassie, 2021; Tang et al., 2021; Zenebe et al., 2021). No entanto, alguns estudos populacionais apontam inexistência de associação entre avanço da idade e transtornos depressivos (Barcelos-Ferreira et al., 2009; Charoensakulchai et al., 2019; Mendes-Chiloff et al., 2019).

Entre idosos, os transtornos depressivos são significativamente mais frequentes nos estratos populacionais de baixa renda e escolaridade, e tem sido positivamente associados a não estar casado (Rajapakshe; Sivayogan; Kulatunga, 2019; Qiu et al., 2020; Ruiz et al., 2021; Zenebe et al., 2021).

No que concerne às condições de saúde, a associação entre depressão e as DCNT é consistente na literatura científica (Tang *et al.*, 2021; Rajapakshe; Sivayogan; Kulatunga, 2019; Güzel; Kara, 2020; Qiu *et al.*, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021; Zenebe *et al.*, 2021). Vários estudos, em diferentes populações idosas, têm evidenciado a associação entre depressão e doenças cardiovasculares (Lichtman *et al.*, 2014; Bretanha *et al.*, 2015; Anwar; Kuppili; Balhara, 2017b; Silva *et al.*, 2017; Cao; Zhao; Shen, 2022), diabetes (Park; Katon; Wolf, 2013; Bretanha *et al.*, 2015; Anwar; Kuppili; Balhara, 2017; Prigge; Wild; Jackson, 2022) e hipertensão arterial (Bretanha *et al.*, 2015; Anwar; Kuppili; Balhara, 2017).

Os estudos brasileiros alinham-se ao informado pela literatura internacional, no tocante aos fatores sociodemográficos associados à ocorrência de transtornos depressivos. A presença de sintomas depressivos foi mais frequente entre pessoas do sexo feminino e de baixa renda. Esses estudos mostram também que possuir companheiro(a) e apresentar maior escolaridade estão associados a menor prevalência de sintomas depressivos em idosos (Castro-Costa *et al.*, 2008; Barcelos-Ferreira *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2013; Ramos *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2017; Mendes-Chiloff *et al.*, 2019). A literatura brasileira é consistente ainda com os achados internacionais no que diz respeito à associação entre depressão e DCNT (Ramos *et al.*, 2015; Borges *et al.*, 2013; Bretanha *et al.*, 2015)

### **A mensuração de sintomas depressivos em estudos populacionais**

Várias escalas têm sido usadas em todo mundo com o propósito de realizar uma triagem rápida de depressão em idosos. Entre as mais utilizadas estão a Geriatric Depression Scale (GDS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). (Krishnamoorthy; Rajaa; Rehman, 2020). Os instrumentos GDS e CES-D são as ferramentas mais recomendadas para a triagem de depressão nessa faixa etária (Park; Lee, 2021).

A GDS foi desenvolvida e validada como instrumento de triagem de depressão especificamente em idosos. A escala original possui 30 itens com respostas dicotômicas (sim/não) abordando uma grande variedade de tópicos relevantes para a depressão, como queixas somáticas, queixas cognitivas, motivação, orientação para o futuro/passado, auto imagem, perdas, agitação, traços obsessivos e humor em si (Yesavage *et al.*, 1982). Versões abreviadas foram desenvolvidas - GDS-15 e GDS-

10, apresentando resultados satisfatórios na triagem de depressão em idosos, com um tempo menor para aplicação do instrumento (Almeida; Almeida, 1999; Krishnamoorthy; Rajaa; Prehman, 2020; Park, Seong-Hi; Kwak, 2021).

A CES-D foi construída para uso em inquéritos epidemiológicos sobre sintomatologia depressiva na população geral. Trata-se de um instrumento baseado no autorrelato de sintomas depressivos e que permite a comparação de resultados entre subgrupos populacionais. A CES-D apresenta um propósito diferente das escalas de depressão anteriormente existentes, que tinham como objetivo principal o diagnóstico e/ou avaliação da gravidade da doença durante o tratamento. Os principais componentes de sintomatologia depressiva incluídos na escala foram identificados a partir da literatura clínica e estudos analíticos fatoriais. Os componentes incluídos foram: humor deprimido, sentimento de culpa, inutilidade, impotência e desesperança, retardo psicomotor, perda de apetite e distúrbios de sono. Apenas alguns itens foram selecionados para avaliar o afeto positivo (ou sua ausência) e para quebrar tendências de direção do conjunto de respostas. A cada um dos itens corresponde uma pergunta, relativa à frequência com que o entrevistado experimentou o sintoma na semana anterior (Radloff, 1977).

A escala original é composta de 20 itens (traduzidos em 20 perguntas) e a cada resposta é atribuída uma pontuação, entre zero e três, gerando um escore final de zero a 60 pontos. O escore leva em conta, portanto, o número de sintomas e a frequência com que cada um deles ocorre durante a semana anterior. O ponto de corte estabelecido foi maior ou igual a 16 pontos. (Radloff, 1977).

A validade interna da escala CES-D de 20 itens foi avaliada no Brasil a partir da comparação com a versão brasileira da GDS e o instrumento mostrou-se psicometricamente adequado para uso entre idosos no Brasil (Batistoni; Neri; Cupertino, 2007).

### **CES-D8 – a versão abreviada do CES-D**

A avaliação da depressão em idosos apresenta diversos desafios. A população dessa faixa etária convive frequentemente com comorbidades e comprometimento funcional e/ou cognitivo que exigem a aplicação de instrumentos de mensuração dos sintomas depressivos menos exaustivos. Por isso, em estudos envolvendo idosos, versões abreviadas dessas ferramentas de mensuração são necessárias para facilitar sua administração (Turvey; Wallace; Herzog, 1999).

A versão revisada da CES-D é um instrumento contendo 8 itens da escala original. As respostas foram modificadas: em lugar das quatro opções relativas à frequência de presença de sintoma na semana anterior, adotou-se respostas dicotômicas do tipo sim/não, respectivamente para a presença do sintoma e para sua ocorrência na maior parte do tempo durante a semana anterior (Turvey; Wallace; Herzog, 1999). Diferentes autores avaliaram a CES-D8 e demonstraram que a versão abreviada de oito itens não compromete as propriedades psicométricas da escala original. Além disso, apontam sua relevância para a utilização em grandes estudos epidemiológicos onde uma avaliação completa da depressão pode não ser viável (Turvey; Wallace; Herzog, 1999; Karim *et al.*, 2015; O'halloran; Kenny; King-Kallimanis, 2014)

Os pontos de corte discriminatórios para classificar os indivíduos quanto à presença de sintomas depressivos com o CES-D 8 podem variar. Steffik (2000), por exemplo, baseou-se no ponto de corte  $\geq 16$  estabelecido para a escala original de 20 itens, ao propor o uso de escores  $\geq 4$  para identificar a presença de sintomas depressivos, a partir da soma dos valores atribuídos às respostas sim(1)/não(0) (Steffick, 2000). Os autores Demakakos (2010), McGovern e Nazroo (2015) e Oliveira e Coelho (2021) utilizaram esse ponto de corte e agruparam em 2 cargas: CES-D8  $< 4$  e CES-D8  $\geq 4$  (Demakakos; Pierce; Hardy, 2010; MCGovern; Nazroo, 2015; Oliveira; Coelho, 2021). Já Zivin (2013) optou por três categorias, baseadas em uma carga de sintomas: sem sintomas (CES-D8  $< 4$ ), sintomas elevados (CES-D8  $\geq 4$ ) e sintomas graves (CES-D8  $\geq 6$ ) (Zivin *et al.*, 2013).

### **Suporte social e sua relação com sintomas depressivos**

A saúde é um construto complexo, complexidade essa que se transfere para a delimitação dos seus determinantes, que não se restringem ao campo biológico. No âmbito da determinação social da saúde, discute-se o impacto sobre a saúde das

interações entre pessoas na vida em sociedade e das relações dos membros de uma comunidade com o ambiente social que os envolvem (Geib, 2012). Em função disso, o suporte social tem ganhado espaço na agenda da pesquisa em saúde, tanto física quanto mental.

A partir do final dos anos 1970, a categoria suporte social (do inglês *social support*) vem contribuindo para o desenvolvimento de uma grande quantidade de trabalhos de investigação que procuram elucidar parte das diferenças existentes na distribuição de certas doenças (Rosa *et al.*, 2007). Apesar disso, não existe até o momento consenso a respeito da definição de suporte social e frequentemente a literatura nos apresenta termos distintos como redes sociais, relações sociais, integração social para designar esta categoria (Due *et al.*, 1999; Rosa *et al.*, 2007; Schwarzbach *et al.*, 2014). Trata-se de um conceito multifacetado que diz respeito a um fenômeno complexo, composto por várias dimensões associadas à saúde dos indivíduos (Castro *et al.*, 1997).

Gonçalves *et al* (2011), que adotam o termo apoio social como tradução do termo em inglês *social support*, afirmam que as diversas definições existentes para o conceito de suporte social dão ênfase à diferentes aspectos das relações interpessoais. Os autores apontam três tendências principais na definição de apoio social (suporte social). Na primeira perspectiva, o termo relações sociais é situado como conceito principal. Essa é a abordagem introduzida por Due *et al* (1999) que propõem um quadro conceitual onde as relações sociais são compostas por duas dimensões: rede social e apoio social (suporte social). A rede social corresponde à estrutura social e contempla aspectos quantitativos das relações interpessoais (com quem os indivíduos se relacionam e a ligação entre esses indivíduos). A mensuração dessa dimensão poder ser realizada pelo número e tipo de relacionamentos, duração, frequência e diversidades dos contatos. O apoio social (suporte social) aparece como o aspecto funcional das relações pessoais, sendo definido como as interações interpessoais com a estrutura das relações sociais. Essa dimensão contempla aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e pode ser entendido como o nível de recursos fornecidos por outras pessoas, como suporte emocional, instrumental/material e informacional (Due *et al.*, 1999).

A segunda abordagem apontada por Gonçalves *et al* (2011) colocam apoio social (suporte social) como conceito principal. Nessa abordagem, os aspectos estruturais que compõem o apoio social (suporte social) são definidos como redes

sociais e relações sociais. E o aspecto funcional contempla apoio emocional (cuidado e apoio disponibilizados por alguém com que se tenha relação afetiva), instrumental ou material (assistência concreta na realização de atividades e resolução de problema) e informacional (disponibilização de informações e conselhos úteis) (Gonçalves *et al.*, 2011).

Por fim, a terceira concepção ressalta o conceito de “redes sociais”. Essas redes são formadas por relações interpessoais e intergrupais, sendo o suporte social um aspecto funcional dessas relações. Nessa perspectiva, as redes sociais se referem a ideia de que a sociedade é formada por redes de relações entre indivíduos e entre grupos de indivíduos e podem ser mapeadas e classificadas em número, qualidade, intensidade e efeitos. Observa-se que a segunda e terceira abordagens são muito semelhantes à primeira proposta por Due *et al* (1999). Utilizam uma hierarquia conceitual similar, mas colocam termos diferentes como conceitos principal (Gonçalves *et al.*, 2011).

A despeito das diferentes designações, a maioria dos investigadores concorda que o suporte social seria composto por duas dimensões, a estrutura e a função. A estrutura contempla aspectos quantitativos das relações sociais (indivíduos com quem se tem uma relação interpessoal e as ligações entre esses indivíduos). Pode-se caracterizar essa estrutura por aspectos como número e tipo de relações, frequência, duração, diversidade, densidade e reciprocidade dos contatos. A função abrange aspectos qualitativos das relações sociais e dizem respeito ao suporte oferecido, podendo ser mensurada por meio da avaliação de aspectos como apoio emocional (envolve afeição e confiança) e apoio instrumental/material (envolve suporte concreto em atividades e auxílio financeiro) recebidos (Due, 1999; Rosa *et al*, 2007).

Nesse trabalho adotaremos o termo suporte social, entendendo que esse constructo é composto pelas dimensões estrutural e funcional citadas anteriormente.

O suporte social é apontado como um importante determinante da saúde física e mental sendo associado à menores taxas de morbimortalidade e também aumentando as possibilidades de recuperação e sobrevivência à doenças (Due *et al.*, 1999; Berkman *et al.*, 2000). Ademais, é considerado um fator protetivo da saúde em todos os ciclos da vida, podendo facilitar à adesão à tratamentos médicos, contribuir para diminuição de medicação necessária e acelerar a recuperação de pacientes (Cobb, 1976). Um estudo de revisão, que buscou resumir as evidências atuais sobre relações sociais e saúde, evidenciou que o suporte social influencia de forma benéfica

comportamentos em saúde como autocuidado em relação às DCNT e redução das tentativas de suicídio. As relações social desempenham também importante papel na redução da incidência e progressão das doenças cardiovasculares (Tay *et al.*, 2013).

No que tange à saúde mental, diversos estudos apontam a relação entre suporte social e sintomas depressivos na população geral (Peltzer; Pengpid, 2018; Razzak; Harbi; Ahli, 2019; Xu *et al.*, 2021). Uma revisão sistemática que investigou a relação entre suporte social e depressão ao longo dos períodos da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos) indicou que existe associação negativa entre suporte social e depressão em todos esses períodos (Gariépy; Honkaniemi; Quesnel-Vallée, 2016). No que se refere a associação de suporte social e depressão em idosos, diversos estudos apontaram a associação negativa entre depressão e suporte social (Rajapakshe; Sivayogan; Kulatunga, 2019; Ferrand *et al.*, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021; Zhang *et al.*, 2022).

Quando se trata da avaliação das dimensões do suporte social e sua associação com a depressão, os estudos apontam resultados heterogêneos. Em uma revisão sistemática, Schwarzbach *et al.* (2014) apontam que os aspectos estruturais do suporte social (estado civil, rede social e frequência de contatos) apresentam resultados heterogêneos quanto à sua associação com sintomas depressivos. Por outro lado, os aspectos funcionais do suporte social mostraram resultados mais conclusivos, indicando que a qualidade das relações parece ter maior relevância nessa associação (Schwarzbach *et al.*, 2014). Uma metanálise avaliou a associação entre suporte social e proteção contra a depressão ao longo do ciclo de vida, mostrou que a presença do cônjuge é o fator protetor mais consistente entre idosos, principalmente entre aqueles do sexo masculino (Gariépy; Honkaniemi; Quesnel-Vallée, 2016). Já um estudo mais recente, realizado junto a idosos asiáticos vivendo na comunidade apontou que tanto aspectos estruturais (ter um cônjuge ou companheiro, morar com a família, ter uma grande rede social, ter mais contato com a família e amigos) como funcionais (ter apoio emocional e instrumental e satisfação com apoio social) estão associados a menos sintomas depressivos entre idosos (Tengku *et al.*, 2019).

Ao que consta, a produção científica brasileira voltada para a investigação das relações entre suporte social e transtornos depressivos em bases populacionais e entre idosos ainda é escassa. Identificamos dois estudos transversais que abordaram essa associação e eles apresentaram resultados divergentes. Um estudo brasileiro

transversal de base populacional realizado em uma cidade de 15 mil habitantes, aponta que não existe associação significativa entre suporte social (morar com filhos e frequência de visitas de filhos, parentes e vizinhos) e sintomas depressivos (Castro-Costa *et al.*, 2008). Outro estudo também transversal, de base domiciliar, realizado em uma capital brasileira mostra uma associação significativa entre uma das dimensões quantitativas do suporte social estrutural (frequência de contatos com familiares e amigos) e sintomas depressivos (Borges *et al.*, 2013).

Dois estudos investigaram especificamente a relação entre suporte social e sintomas depressivos. O primeiro, de delineamento longitudinal observou uma menor incidência de sintomas depressivos na presença de suporte social, considerando ambas as dimensões. Na presença de trocas mais intensas com parentes, de ser casado e de satisfação com as relações familiares, observou-se uma menor incidência de sintomas depressivos, ao passo que morar sozinho aumentou essa incidência (Ramos; Wilmoth, 2003). O segundo, um estudo transversal, apontou uma associação negativa entre receber apoio da família e amigos e sintomas depressivos (De Andrade; Bof De Andrade; Viana, 2023).

## 4. METODOLOGIA

### **Delineamento do estudo**

A presente investigação é um estudo transversal de base populacional, que utilizou os dados da segunda onda do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil).

### **Local e população do estudo**

O ELSI-Brasil é um estudo de coorte base populacional, que abordou uma amostra representativa da população adulta brasileira com 50 anos ou mais, cuja linha de base foi constituída entre 2015 e 2016. Esse estudo foi elaborado a fim de fornecer dados acerca do processo de envelhecimento e saúde, e seus determinantes psicossociais e econômicos. Todos os moradores com 50 anos ou mais dos domicílios selecionados foram elegíveis para entrevista individual. Participam desse estudo 9.412 pessoas com 50 anos ou mais, residentes em 70 municípios de todas as regiões brasileiras (Lima-Costa *et al.*, 2018).

O delineamento da amostra foi realizado com o propósito de representar a população-alvo, residente nas zonas urbana e rural de pequenos, médios e grandes municípios, de todas as cinco regiões geográficas brasileiras. A amostragem combinou estratificação de unidades primárias de amostragem (municípios), setores censitários e domicílios. A estratificação das unidades primárias de amostragem considerou o porte populacional, totalizando 70 municípios de todas as regiões. Na linha de base da coorte (2015-2016), todos os moradores com 50 anos ou mais dos domicílios sorteados foram elegíveis para entrevista individual. Foram planejadas 10.000 entrevistas na linha de base, e a reposição amostral foi pensada para cada nova onda do estudo, planejada inicialmente para ocorrer a cada três anos (Lima-Costa *et al.*, 2018).

Do total de participantes do inquérito de linha de base (n=9.412), 2.270 foram perdidos e 907 faleceram. Para garantir a manutenção da representatividade da amostra, foram providenciadas substituições das perdas na 2ª onda (entre agosto de 2019 e março de 2021), a partir do recrutamento de residentes com 50 anos ou mais no mesmo domicílio de residência das perdas, e pela seleção de novos participantes

nos setores censitários correspondentes. A segunda onda do estudo envolveu 9.949 participantes (Lima-Costa *et al.*, 2018).

### **Coleta de dados e variáveis de estudo**

A coleta de dados foi realizada no domicílio do participante e envolveu informações sobre o domicílio e sobre o participante, além de medições físicas e coleta de biomaterial, armazenado para análises futuras. Os dados do participante incluíram características sociodemográficas, de trabalho e aposentadoria, comportamento de saúde, saúde da mulher, saúde física e mental, medidas psicossociais, uso de medicamentos e serviços de saúde, dentre outros (Lima-Costa *et al.*, 2018).

No presente estudo, a variável dependente é a presença de sintomas depressivos, mensurado por meio da escala CES-D8 (Turvey; Wallace; Herzog, 1999; Zivin *et al.*, 2013). Essa escala é composta de oito itens com respostas simples sim/não, gerando uma pontuação entre 0 e 8 pontos, e os participantes com um escore CES-D8 $\geq$ 4 foram classificados como positivos para sintomas depressivos (Oliveira; Coelho, 2021).

A variável-exposição de interesse é o suporte social. O suporte social foi investigado em suas dimensões estrutural e funcional, utilizando quatro perguntas para cada uma delas. Na investigação da estrutura do suporte social foram considerados quatro aspectos: 1) situação conjugal (casado; não casado); 2) status de coabitação (vive só; não vive só); 3) frequência de interações face a face com filhos, parentes e amigos (pelo menos uma vez por semana/menos de uma vez por semana); e 4) frequência de interações via telefone ou *skype*/internet com filhos, parentes e amigos (pelo menos uma vez por semana/menos de uma vez por semana). No que tange à classificação do suporte social estrutural, ele foi considerado negativo quando o participante não era casado, morava só, e interagia face a face ou por telefone/*skype*/internet com uma frequência inferior a uma vez por semana.

Já na investigação da dimensão funcional do suporte social, foram abordados quatro itens: 1) suporte instrumental dentro de casa; 2) suporte instrumental fora de casa; 3) presença de confidente e 4) suporte instrumental/financeiro. Os suportes instrumentais dentro e fora de casa dizem respeito a ter alguém que ajude com, respectivamente, tarefas domésticas e atividades fora de casa, como compras e pagamentos, em um contexto de adoecimento. A presença de confidente, um aspecto

do suporte emocional, diz respeito a ter alguém em quem pode confiar ou fazer confidências, enquanto o suporte instrumental/financeiro refere-se a ter alguém a quem possa pedir emprestado objetos e dinheiro, em caso de necessidade. Não ter alguém que ajude nas tarefas domésticas e atividades extradomiciliares, e não ter alguém em que possa confiar ou recorrer em caso de necessidades materiais implicou na classificação do suporte social funcional como negativo.

Com o propósito de ajuste na testagem da hipótese de associação entre suporte social e presença de sintomas depressivos, foram utilizados dois conjuntos de variáveis, a saber, sociodemográficas e descritoras da condição de saúde. As variáveis sociodemográficas foram sexo (masculino e feminino), idade (50-59 anos, 60-69 anos, 70-79 anos, 80+ anos), cor de pele (branca, preta, parda e indígena/oriental), escolaridade (<4 anos de estudo, 4-7 anos de estudo, 8+ anos de estudo) e renda individual baseada no número de salários-mínimos (em quartis). As variáveis descritoras da condição de saúde incluíram autoavaliação da saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim) e autorrelato de diagnóstico médico para as seguintes condições objetivas de saúde: hipertensão, diabetes, infarto, angina, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, insuficiência renal crônica e doença de Parkinson. No caso das condições objetivas de saúde, a classificação do participante foi baseada no autorrelato de diagnóstico médico para as condições de saúde investigadas, em algum momento da vida.

### **Análise dos dados**

A caracterização da população de estudo e a distribuição da depressão em relação às variáveis de estudo se deu com base em frequências absolutas e relativas. Participantes com e sem sintomas depressivos foram comparados em relação às variáveis de estudo com base no teste qui-quadrado de Pearson, utilizando o fator de correção de Rao-Scott, por se tratar de amostra complexa.

Análises univariadas e multivariadas foram utilizadas para testar a hipótese de associação entre suporte social e sintomas depressivos. O teste de hipótese de associação foi baseado no modelo de regressão de Poisson, que fornece como medida de associação a Razão de Prevalências, com respectivo intervalo de confiança de 95% (Barros; Hirakata, 2003). As análises estatísticas foram realizadas na seguinte sequência: (1) análise univariada, (2) análise multivariada correspondente ao ajuste mútuo entre os oito itens de suporte social e (3) análise multivariada para

definição do modelo final, incluindo as variáveis de ajuste (sociodemográficas e de saúde). Foram incluídas no modelo final (etapa 3) apenas os itens de suporte social que no ajuste mútuo (etapa 2) mostraram-se associados à sintomas depressivos ao nível de significância de  $p < 0,05$ , o mesmo considerado para identificação dos itens de suporte social independentemente associados à sintomas depressivos.

As análises foram desenvolvidas com o recurso do *software* estatístico Stata®, versão 14.

### **Considerações éticas**

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CAAE:34649814.3.0000.5091) e todos os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 5. RESULTADOS

Dentre os 9.412 entrevistados, 8.074 (81,2%) tinham informação completa para todas as variáveis analisadas e foram incluídos no estudo. O total de participantes permite inferir os resultados para pouco mais de 44,6 milhões de brasileiros com 50 anos ou mais. No seu total ( $n=1.875$ ), as perdas (devido a ausência de informação para alguma das variáveis analisadas) não foram diferenciadas para a depressão ( $p=0,074$ ), mas o foram com relação todos os itens do suporte social estrutural, tendo sido mais frequentes entre os participantes com baixo suporte social, ou seja, não casados, que moravam sozinho e que não se encontram ou que não falam com filho, parente ou amigo semanalmente ( $p<0,05$ ). Já para a dimensão do suporte social funcional, as perdas foram indiferenciadas para todos os seus itens, exceto para o relacionado ao recebimento de ajuda com as tarefas de casa (baixo suporte social funcional). No tocante às variáveis de ajuste, as perdas foram mais elevadas entre idosos do sexo masculino, aumentaram com a idade e diminuíram com a escolaridade e renda; elas foram maiores também entre os participantes em piores condições de saúde (autoavaliação da saúde negativa e com duas ou mais doenças crônicas) ( $p<0,05$ ). Não foi observada perda diferenciada em relação à cor de pele ( $p=0,209$ ).

A tabela 1 apresenta as características da população de estudo, bem como a distribuição proporcional de sintomas depressivos entre os adultos mais velhos brasileiros. A maior parte da população de estudo era do sexo feminino (55,4%), com idade entre 59-69 anos (78,7%), com até oito anos de escolaridade (70,2%); brancos (45,9%) e pardos (43,1%) correspondiam a, aproximadamente, nove em 10 participantes. Quanto às variáveis relacionadas à saúde, a metade avaliou positivamente sua saúde (50,1% disseram perceber sua saúde como boa/muito boa) e 58,5% relataram diagnóstico médico para pelo menos uma das doenças crônicas analisadas.

A prevalência de sintomas depressivos estimada neste estudo foi de 19,1% (IC95%:16,7;21,7), indicando que aproximadamente 8,5 milhões de brasileiros com 50 anos ou mais apresentaram CES-D8 $\geq$ 4. A prevalência de sintomas depressivos foi maior entre os participantes do sexo feminino, nos extremos etários (50-59 anos e 80 ou mais anos) e entre pardos e pretos, tendo sido menor naqueles com escolaridade mais elevada (9 ou mais anos) e diminuído com a renda individual.

**Tabela 1.** Distribuição proporcional (%) de sintomas depressivos entre idosos brasileiros (n=8.074), segundo características sociodemográficas e condições de saúde, Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022.

Características	População total	Sintomas depressivos (CES-D8≥4)		Valor de p <sup>a</sup>
		% <sup>b</sup>	IC 95%	
Sexo				
Masculino	44,6	13,7	(11,5 - 16,3)	<0,001
Feminino	55,4	23,4	(20,5 - 26,6)	
Idade (em anos)				
50-59	48,8	20,9	(17,9 - 24,2)	0,007
60-69	29,9	17,0	(14,7 - 19,7)	
70-79	15,4	17,0	(14,3 - 20,7)	
80 ou mais	5,9	19,7	(15,2 - 25,2)	
Escolaridade (em anos)				
Nenhum	10,8	22,0	(17,7 - 26,9)	0,004
1-4	38,0	20,7	(17,9 - 23,8)	
5-8	21,5	19,7	(16,7 - 22,9)	
9 ou mais	29,8	15,6	(12,6 - 19,1)	
Cor da pele				
Branca	45,9	17,0	(14,6 - 19,7)	0,018
Parda	43,1	20,6	(17,8 - 23,8)	
Preto	10,6	22,3	(17,0 - 28,6)	
Indígena/Oriental	0,5	12,1	(4,5 - 28,6)	
Renda individual em quartis (em R\$)				
1º quartil	27,2	23,0	(19,5 - 26,9)	<0,001
2º quartil	24,5	22,0	(18,4 - 26,1)	
3º quartil	22,3	17,6	(14,8 - 20,8)	
4º quartil	26,1	13,5	(10,9 - 16,6)	
Autoavaliação da saúde				
Muito boa/boa	50,1	9,0	(7,7 - 10,5)	<0,001
Regular	36,8	23,5	(20,2 - 27,1)	
Ruim/Muito ruim	13,1	45,5	(39,6 - 51,6)	
Número de doenças crônicas <sup>c</sup>				
0	41,5	14,3	(12,1 - 16,8)	< 0,001
1	37,0	18,2	(15,4 - 21,3)	
2 ou mais	21,5	30,0	(26,0 - 34,3)	

Fonte: De autoria própria

(a) Obtido pelo qui-quadrado de Pearson, com fator de correção de Rao-Scott; significativo quando <0,05.

(b) Valores ponderados

(c) hipertensão, diabetes, infarto, angina, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, insuficiência renal crônica e doença de Parkinson

Considerando as variáveis descritoras de saúde, a prevalência de sintomas depressivos foi maior entre os participantes com pior avaliação da saúde, subjetiva (autoavaliação negativa da saúde) ou objetivamente (presença de doenças crônicas) falando (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a distribuição da população de estudo e dos sintomas depressivos de acordo com os itens do suporte social, em suas dimensões estrutural e funcional. Os itens correspondentes a um suporte social baixo mais frequentemente observados pertencem à dimensão estrutural: não ser casado (37,4%) e morar só (20,4%). Para os demais itens, as frequências daqueles correspondentes ao baixo suporte social ficaram baixas, inferiores a 10%. Na quase totalidade dos itens de suporte social investigado (a exceção foi morar sozinho), de ambas as dimensões, a proporção de participantes positivos para CES-D $\geq$ 4 foi maior na presença de suporte social baixo, e todas as diferenças foram significativas ( $p < 0,05$ ), com exceção de falar ao telefone, semanalmente, com filhos, parentes ou amigos. O item morar sozinho (suporte social estrutural) apresentou um comportamento distinto daquele observado para os demais itens: sintomas depressivos foram mais frequentes entre os que não moravam sozinho (suporte social positivo), mas a diferença não foi significativa ( $p \geq 0,05$ ) (Tabela 2).

Os resultados das análises univariadas e multivariadas da associação entre suporte social e sintomas depressivos estão apresentados na Tabela 3. Com o ajuste mútuo para todos os itens de suporte social, de ambas as dimensões, encontrar com filhos, parentes ou amigos semanalmente e ter quem ajuda com as tarefas domésticas e com tarefas fora de casa, quando doente, deixaram de ser associadas à sintomas depressivos. Após o ajustamento múltiplo pelas características sociodemográficas e de condições de saúde, apenas um item da dimensão estrutural e dois itens da dimensão funcional do suporte social mostraram-se independentemente associados à sintomas depressivos. A prevalência de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os idosos que relataram não serem casados (RP=1,24; IC95%: 1,07-1,44), não terem em quem confiar (RP=1,31; IC95%: 1,10-1,56) ou a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade (RP=1,46; IC95%: 1,21-1,75).

**Tabela 2.** Distribuição proporcional (%) dos itens de suporte social, em suas dimensões estrutural e funcional, Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022.

Características	População total	Sintomas depressivos (CES-D8≥4)		Valor de p <sup>a</sup>
		% <sup>b</sup>	IC 95%	
<i>Suporte Social Estrutural</i>				
Casado				
Sim	62,6	17,3	(15,0 – 20,0)	<0,001
Não	37,4	22,0	(18,8 – 25,6)	
Mora só				
Não	79,6	19,2	(16,2 - 22,2)	0,648
Sim	20,4	18,5	(15,7 - 21,7)	
Encontra com filho, parente ou amigo pelo menos 1 vez p/ semana				
Sim	97,6	18,9	(16,5 - 21,6)	0,049
Não	2,4	25,4	(19,0 – 33,0)	
Fala com filho, parente ou amigo por telefone ou internet, pelo menos 1 vez na semana				
Sim	93,5	18,8	(16,3 - 21,5)	0,095
Não	6,5	23,8	(18,3 - 30,3)	
<i>Suporte social funcional</i>				
Tem quem ajuda com tarefas de casa, por motivo de doença				
Sim	98,2	18,8	(16,4 - 21,4)	<0,001
Não	1,8	33,6	(25,5 - 42,8)	
Tem quem ajuda com compras e atividades fora de casa, por motivo de doença				
Sim	98,4	18,9	(16,6 - 21,6)	0,015
Não	1,6	28,0	(20,2 - 37,3)	
Tem alguém em que pode confiar ou fazer confidências				
Sim	94,0	18,3	(15,9 – 20,9)	<0,001
Não	6,0	32,0	(26,6 – 38,0)	
Tem alguém a quem pode pedir emprestado dinheiro ou objeto, em caso de necessidade				
Sim	92,1	18,0	(15,6 – 20,7)	<0,001
Não	7,9	31,7	(26,5 – 37,4)	

Fonte: De autoria própria

(a) Obtido pelo qui-quadrado de Pearson, com fator de correção de Rao-Scott; significativo quando <0,05. (b) Valores ponderados

**Tabela 3.** Resultados das análises univariada e multivariada da associação entre suporte social (dimensões estrutural e funcional) e sintomas depressivos (CES-D8 $\geq$ 4), Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso (ELSI-Brasil), 2022.

Suporte Social	Modelo 1		Modelo 2		Model 3	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
<i>Dimensão Estrutural</i>						
Casado						
Sim	1,00		1,00			
Não	1,27	(1,11 - 1,46)	1,37	(1,18 – 1,59)	1,24	(1,07 – 1,44)
Mora só						
Não	1,00		1,00			
Sim	0,96	(0,81 - 1,14)	0,79	(0,66 - 0,95)	-	-
Encontra com filho, parente ou amigo pelo menos 1 vez p/ semana						
Sim			1,00			
Não	1,34	(1,01 – 1,78)	1,27	(0,92 - 1,74)	-	-
Fala com filho, parente ou amigo por telefone ou internet, pelo menos 1 vez na semana						
Sim	1,00		1,00			
Não	1,27	(0,96 - 1,68)	1,14	(0,86 - 1,51)	-	-
<i>Suporte social funcional</i>						
Tem quem ajuda com tarefas de casa, por motivo de doença						
Sim	1,00		1,00			
Não	1,79	(1,38 - 2,32)	1,36	(0,94 - 1,96)	-	-

(continua na próxima página)

*(continuação da página anterior)*

Tem quem ajuda com compras e atividades fora de casa, por motivo de doença						
Sim	1,00		1,00			
Não	1,48	(1,10 - 1,99)	0,68	(0,46 - 1,00)	-	-
Tem alguém em que pode confiar ou fazer confidências						
Sim	1,00		1,00		1,00	
Não	1,76	(1,47 - 2,09)	1,43	(1,17 - 1,74)	1,31	(1,10 - 1,56)
Tem alguém a quem pode pedir emprestado dinheiro ou objeto, em caso de necessidade						
Sim	1,00		1,00		1,00	
Não	1,76	(1,44 - 2,14)	1,56	(1,25 - 1,94)	1,46	(1,21 - 1,75)

Fonte: De autoria própria

RP (IC95%) = Razão de Prevalências (Intervalo de Confiança de 95%), bruta (modelo 1) e ajustadas (modelos 2 e 3), obtidas por meio do modelo de Regressão de Poisson.

Modelo 1 = Análise univariada

Modelo 2 = Análise multivariada, com ajuste mútuo dos itens de suporte social (ambas as dimensões)

Modelo 3 = Modelo 2 + sexo + idade + escolaridade + cor da pele + renda individual (em quartis) + autoavaliação da saúde + número de doenças crônicas (ver metodologia para discriminação das doenças)

## 6. DISCUSSÃO

A presente investigação estimou a prevalência de sintomas depressivos (CES-D8 $\geq$ 4) entre brasileiros com 50 anos ou mais de idade e revelou uma associação negativa e independente entre sintomas depressivos e três itens do suporte social, em ambas as dimensões. No tocante à dimensão estrutural do suporte social, a prevalência de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os idosos que relataram não serem casados. Quanto à dimensão funcional, participantes que relataram não terem em quem confiar ou a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade, apresentaram maiores prevalências de sintomas depressivos.

### **Prevalência de sintomas depressivos**

Este estudo apontou que aproximadamente um entre cinco adultos brasileiros mais velhos (19,1%) apresentava CES-D8 $\geq$ 4, indicando a presença de sintomas depressivos, sendo 20,9% entre os participantes com 50-59 anos e 17,3% entre os idosos com 60 anos ou mais.

A prevalência de sintomas depressivos observada no presente estudo insere-se na ampla faixa de valores observados em diferentes populações, da mesma faixa etária (50/55 anos e mais), em que o CES-D (em suas versões completa e curtas – respectivamente, CESD-20, CES-D10 e CES-D8) foi utilizado. A prevalência aqui detectada foi superior ao verificado entre taiwaneses (5,2%), utilizando o CES-D20 (WU et al, 2017), porém inferior aos 27,0% detectado em um estudo realizado entre canadenses, utilizando o CES-10 (Macneil et al., 2022). Dois estudos que utilizaram a versão CES-D8 encontram prevalências de 14,4% e 19,8%, respectivamente entre estadunidenses (Zivin et al, 2013) e irlandeses (Briggs et al., 2021).

Especificamente em relação à população idosa (60 anos ou mais), a prevalência de sintomas depressivos foi maior neste estudo, se comparado aos 9,8% detectados entre idosos estadunidenses e australianos (Mohebbi et al., 2019), mas inferior ao verificado entre indianos (Ansari; Anand; Hossain, 2022) e chineses (Guan et al., 2022), 29,0% 37,9% respectivamente; nestes últimos, o CES-D10 foi usado na triagem de sintomas depressivos.

Ao nosso conhecimento, inexistem estudos de base populacional que tenham estimado a prevalência de sintomas depressivos na população brasileira com 50 anos ou mais, e que tenham utilizado o CES-D8 (ou qualquer outro instrumento de rastreamento) para isso, o que impossibilita uma comparação direta dos nossos resultados. Lopes *et al* (2022) serviram-se dos dados das Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), nas edições de 2013 e 2019, para avaliar a tendência de prevalência de sintomas depressivos entre brasileiros, tendo encontrado prevalências de 11,9%, 10,5% e 11,1%, respectivamente para as faixas etárias de 40-59, 60-69 e 70 ou mais anos, estimados por meio do PHQ-9 (Lopes *et al.*, 2022). Essas prevalências são inferiores às observadas entre os participantes do ELSI, para as faixas etárias de 50-59 e de 60 ou mais anos. Assim como neste estudo, as prevalências para as faixas etárias idosas foram inferiores àquelas das faixas etárias imediatamente anteriores.

Especificamente em relação à população idosa (60 anos ou mais), a prevalência verificada no presente estudo é superior aos 14,2% observados em São Paulo (Mendes-Chiloff *et al*, 2019) e aos 15,2% vistos em Pelotas (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016)), mas inferior aos 23,9% estimados em Florianópolis (Borges *et al*, 2013), estudos em que o GES-D (nas versões 10 e 15) foram utilizados. Nossa estimativa de prevalência situa-se ainda na faixa de valores (entre 7,1% e 39,6%) descritas por Meneguci *et al* (2020), em uma revisão sistemática dos estudos brasileiros sobre o tema, publicados entre 2000 e 2017, e que, na sua maioria, utilizaram o GDS-15 para triar os sintomas depressivos (Meneguci *et al.*, 2020).

Existem várias explicações plausíveis para as discrepâncias de prevalência de sintomas depressivos entre os estudos epidemiológicos. Diferenças metodológicas relativas ao desenho e população de estudo, e principalmente, ao instrumento de rastreamento utilizado contam para isso. No cotejamento dos resultados do presente estudo com a literatura, privilegiou-se os estudos de base populacional junto a idosos residentes em comunidade, mas os instrumentos de rastreamento foram diversos. As prevalências de sintomas depressivos podem variar em função dos testes de rastreamento utilizados, e um mesmo teste pode apresentar sensibilidade e especificidades distintas em função dos pontos de corte adotados. Por sua vez, testes mais sensíveis tendem a produzir estimativas mais elevadas de prevalência, ao passo que testes mais específicos podem subdimensioná-la (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016). Por exemplo, uma revisão sistemática, restrita a estudos brasileiros, mostrou

que o General Health Questionnaire, na sua versão 12 itens (GHQ-12) detectou a maior prevalência de depressão em idosos, embora a maioria dos estudos tenha utilizado o GDS-15 (Meneguci *et al.*, 2019). Já em uma revisão sistemática e metanálise abrangendo 48 artigos publicados entre 2000 e 2021, envolvendo populações idosas de diferentes países e continentes, as prevalências produzidas pelo GDS-15 foram mais elevadas que aquelas produzidas pelo CES-D (HU *et al.*, 2022). Por sua vez, Lopez *et al.* (2011) detectaram uma variação da sensibilidade e especificidade do CES-D na triagem de sintomas depressivos entre idosos hispânicos e latino-americanos, em função de diferentes pontos de corte adotados (Lopez *et al.*, 2021).

Além disso, diferentes autores chamam a atenção para o impacto do contexto socioeconômico, cultural e ambiental sobre a ocorrência de sintomas depressivos. Populações com maiores índices de privação econômica e social tendem a apresentar pior qualidade de vida, e em razão disso, são mais propensos à depressão. A privação econômica, por sua vez, dificulta o acesso aos serviços de saúde e o tratamento da doença. Além disso, em muitas populações, a procura de serviços de saúde para tratamento da depressão pode ser inibida, em razão de estigmas de origem cultural e religiosa que envolvem os problemas de saúde mental (Hellwig; Munhoz; Tomasi, 2016; Corrêa *et al.*, 2020; Hu *et al.*, 2022).

### **Sintomas depressivos e suporte social**

O único item da dimensão estrutural do suporte social a mostrar-se independentemente associado aos sintomas depressivos foi ser ou não casado, com a prevalência de sintomas depressivos sendo maior entre as pessoas que relataram não serem casadas. Esse achado está em linha com evidências encontradas em outros países (Schwarzbach *et al.*, 2014; Gariépy; Honkaniemi; Quesnel-Vallée, 2016; Tengku Mohd *et al.*, 2019; Naviganuntana; Kerdcharoen; Rawdaree, 2022) e no Brasil (Gulich; Duro; Cesar, 2016; Ferreira Carrijo *et al.*, 2022). Esses resultados indicam que o apoio do cônjuge pode ser um fator protetivo consistente entre idosos, embora condicionado a uma boa relação marital, pois uma relação conflituosa pode ser um forte determinante dos sintomas depressivos (Mechakra-Tahiri *et al.*, 2009). A maior prevalência de sintomas depressivos entre pessoas não casadas pode estar associada ao fato dessas pessoas experimentarem mais solidão, menor

autoconfiança e apoio social, neste caso, fornecido pelo cônjuge (Yan *et al.*, 2011). Schwarzbach *et al* (2014) chamam a atenção para o fato de que o cônjuge pode fornecer um suporte emocional por meio de amor, carinho, além de entendimento e compreensão, e no caso destes últimos, também presentes no suporte fornecido por um confidente ou amigo.

No que diz respeito à dimensão funcional do suporte social, dois itens se mostraram independentemente associados aos sintomas depressivos: ter em quem confiar e ter a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade. Nossos achados, que associam a presença de sintomas depressivos a ter alguém de confiança, são consistentes com outros estudos que avaliaram o tema. Entre idosos canadenses, a presença de confidente mostrou-se negativamente associada a sintomas depressivos (Mechakra-Tahiri *et al.*, 2009), de maneira semelhante ao verificado em uma comunidade no sul da Índia, embora neste caso, o número de confidentes (quatro ou mais) é que tenha sido determinante (Rajkumar *et al.*, 2009). Também entre idosos brasileiros, contar com o apoio de familiares e amigos mostrou-se negativamente associado à presença de sintomas depressivos em idosos (De Andrade; Bof De Andrade; Viana, 2023).

Outros três estudos, de delineamento longitudinal, apontaram o efeito protetor da presença de confidentes em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Koizumi *et al* (2005) utilizou uma medida de cinco itens (entre os quais ter alguém com quem se consultar quando tem problemas) para avaliar prospectivamente a associação entre suporte social e sintomas depressivos, tendo encontrando um significativo aumento do risco de desenvolver sintomas depressivos entre idosos japoneses com suporte social insuficiente (Koizumi *et al.*, 2005). Em outro estudo, entre idosos chineses, ter parentes e/ou amigos dispostos a escutá-los “quando quisessem falar sobre alguma coisa” diminuiu o risco para sintomas depressivos (Chao, 2011), ao passo que entre idosos estadunidenses, a frequência com que pode abrir-se com familiares e amigos sobre seus problemas, e a percepção de que receberá deles ajuda resolvê-los protegeu contra o desenvolvimento de sintomas depressivos (Bui, 2020).

Nosso estudo também apontou que a prevalência de sintomas depressivos foi menor entre os idosos que relataram ter a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade. O suporte financeiro é considerado um dos aspectos do

suporte instrumental/material (Thoits, 2011; Berkman *et al.*, 2000; Due *et al.*, 1999; Cohen; Wills, 1985; Cobb, 1976). Em nossas pesquisas bibliográficas, encontramos apenas um trabalho que abordou a associação específica entre esse item de suporte social e sintomas depressivos. Entre idosos chineses, o recebimento regular de suporte financeiro mostrou-se negativamente associado à incidência de sintomas depressivos (Chao, 2011).

As diferentes formas de mensurar o suporte social podem dificultar o cotejamento dos resultados com os demais estudos disponíveis. Alguns estudos utilizam uma escala para mensuração do suporte social, baseada na pontuação dos itens contemplados nas diferentes perguntas. Ainda que se possa identificar as dimensões, aspectos e itens do suporte social a partir das perguntas que compõem o instrumento de mensuração, a análise considera um escore global, calculado a partir da pontuação atribuída às respostas dos entrevistados. Nessa perspectiva, os valores mais altos do escore indicam níveis mais elevados de suporte social. Nesses estudos, a associação negativa entre suporte social e sintomas depressivos tem sido consistentemente identificada (Rajapakshe; Sivayogan; Kulatunga, 2019; Ferrand *et al.*, 2020; Mulat; Gutema; Wassie, 2021; Zhang *et al.*, 2022; Lu *et al.*, 2023).

Outra questão é a variação das perguntas utilizadas na mensuração dos itens do suporte social. Isso às vezes impede a detecção de um item ou componente específico do suporte social, ainda que seja possível identificar a dimensão a que pertence o item. Por exemplo, um estudo brasileiro baseado nos dados da PNS-2019 mostrou que, entre idosos brasileiros, ter familiares e amigos com quem podiam contar em momentos bons ou ruins da vida, mostrou-se negativamente associado à presença de sintomas depressivos (De Andrade; Bof De Andrade; Viana, 2023). Essas perguntas, embora distintas, de alguma forma podem fazer intersecção com as nossas perguntas sobre ter um confidente e ter alguém a quem pedir dinheiro ou objeto emprestado, em caso de necessidade. Não é desarrazoado pensar que a percepção de poder contar com alguém nos piores momentos da vida constitui um suporte social que pode, na prática, equivaler à percepção de ter alguém em quem confiar (e compartilhar problemas de vida) e/ou alguém a quem recorrer em caso de necessidade financeira.

O suporte social é um fenômeno multifacetado que constitui um processo dinâmico. Ao longo das últimas décadas, uma série de autores se propuseram a

investigar e propor modelos que possam explicar como o suporte social se relaciona com a saúde mental e bem-estar.

Cohen e Wills (1985) propõem a teoria conhecida como *Social Support and Buffering Theory*. De acordo com essa teoria, o suporte social pode afetar o bem-estar das pessoas por meio de dois processos distintos: (1) *Buffering Model* e (2) *The Main Effect*. No primeiro caso, os aspectos funcionais do suporte social atuam amortecendo possíveis efeitos nocivos (tanto físico quanto mentais) de eventos estressantes. Nessa perspectiva, o suporte emocional contribui para que a pessoa se sinta estimada e aceita, fortalecendo sua autoestima e equilibrando os sentimentos de impotência que comumente ocorrem como uma resposta ao estresse. O suporte instrumental, por sua vez, ajuda a reduzir o estresse por meio da resolução direta de problemas ou aumentando o tempo destinado a atividades como relaxamento ou entretenimento.

Já de acordo com o segundo modelo, o suporte social apresenta um efeito benéfico, independentemente de as pessoas estarem sob situações de estresse. Neste caso, as grandes redes sociais (dimensão estrutural do suporte social) proporcionam às pessoas experiências positivas regulares, fornecendo afeto positivo e uma sensação de previsibilidade e estabilidade na própria vida. Além disso, a integração à sociedade pode ajudar a evitar experiências negativas, como problemas econômicos e legais. No entanto, os autores apontam que o suporte social, em sua dimensão estrutural, fornece um índice indireto da disponibilidade de funções de suporte e que os resultados dos estudos que usam medidas estruturais específicas dependem também da natureza das relações que são avaliadas. Os autores apontam que as medidas que indicam a presença de um relacionamento interpessoal importante, como casamento, parentes próximos ou amizade, podem indicar interações de *buffer* de estresse, muito provavelmente porque, em média, uma relação duradoura e íntima como o casamento fornece vários tipos de suporte funcional (Cohen; Wills, 1985).

Thoits (2011) propõe alguns mecanismos que podem explicar como o suporte social contribui para o bem-estar mental. Considerando o *Main Effect* e a dimensão estrutural do suporte social, a autora descreve o mecanismo *Behavioral Guidance, Purpose and Meaning*. Esse mecanismo deriva do fato que os laços sociais representam papéis definidos na estrutura social, como por exemplo marido/esposa,

pai/filho, amigo/amigo, médico/paciente. A esses papéis estão vinculados uma série de direitos e obrigações. Compromissos e responsabilidades entre parceiros exercem uma espécie de pressão sobre as pessoas para evitar comportamentos de risco e engajar-se no autocuidado. Além disso, ter clareza do nosso papel perante os outros fornece propósito e significado à vida, que por sua vez pode proteger contra a ansiedade e o desespero existencial. Outros mecanismos descritos nesse contexto são *self-esteem* (autoestima) e *Belonging and Companionship*. No primeiro caso, a autoestima está associada a menos sintomas de ansiedade e depressão, por se relacionar positivamente com a felicidade e satisfação com a vida. Já o segundo mecanismo fornece a segurança de que as necessidades do indivíduo serão atendidas. Do ponto de vista da dimensão funcional e do *stress-buffering*, a autora descreve que o suporte instrumental pode diminuir demandas provenientes da situação de estresse, diminuindo o grau de ameaça percebida e de seus impactos físicos e emocionais. O suporte emocional reforça a autoestima e sentimento de aceitação aliviando a tensão proveniente de uma situação estressante e protegendo a saúde física e psicológica (Thoits, 2011).

Portanto, este estudo fornece evidências adicionais da associação negativa entre suporte social e sintomas depressivos e essas evidências encontram respaldo nos modelos teóricos do *buffering model* e *main effect model*, mostrando que ambas as dimensões, estrutural e funcional, estão relacionados à saúde mental dos idosos.

### **Limites e força do estudo**

A principal limitação do estudo decorre de sua natureza transversal, que impede o estabelecimento de uma relação causal, pois não é possível provar a sequência temporal entre exposição e evento. A investigação foi desenvolvida na perspectiva de que o suporte social (considerando as dimensões e itens analisados) impactaria os sintomas depressivos, mas é razoável supor que a presença de sintomas depressivos gere pensamentos e comportamentos que resultem numa diminuição do suporte social, seja pelo afastamento do convívio social, seja pela sensação de isolamento, desconfiança e diminuição da autoestima. Caber ressaltar, no entanto, que alguns estudos longitudinais têm identificado uma associação bidirecional entre suporte social e sintomas depressivos. Entre idosos estadunidenses, tanto a percepção de suporte social atuou como fator de proteção contra

o desenvolvimento de sintomas depressivos, quanto a presença de sintomas depressivos diminuiu a percepção do suporte social (Bui, 2022). Essa reciprocidade de associação foi também observada entre idosos israelenses mais velhos (75 anos ou mais) (Turner *et al.*, 2022).

Já a força do trabalho deriva da representatividade e do tamanho da amostra populacional, que permitem a produção de resultados robustos, e que podem ser projetados para a população brasileira com 50 anos ou mais. Além disso, o caráter longitudinal do ELSI-Brasil permitirá investigar essa associação na perspectiva longitudinal.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho apontam que a saúde mental do idoso não está relacionada apenas às condições de saúde física, ressaltando a importância das relações sociais na determinação desse evento. Apesar da importância dos medicamentos e da psicoterapia, o ambiente social não pode ser negligenciado ao considerar intervenções voltadas à prevenção de sintomas depressivos em idosos. Políticas públicas voltadas para o fortalecimento das redes sociais podem ter um impacto positivo na saúde mental desse grupo etário.

A associação entre suporte social e desfechos em saúde, inclusive saúde mental, tem sido consideravelmente estudada nas últimas décadas e a importância desses fatores para a qualidade de vida é inequívoca. Entretanto, no contexto brasileiro, são escassos os trabalhos que avaliam itens do suporte social como fatores associados à sintomas depressivos e mais escassos ainda estudos que investigam a hipótese de associação entre os sintomas depressivos e suporte social. Espera-se que a presente investigação possa contribuir para ampliar o entendimento do papel do suporte social na determinação da depressão, e que estudos futuros se dediquem a investigar essa associação, especialmente na perspectiva longitudinal. Dessa forma, será possível um entendimento mais acurado de uma possível relação de causalidade entre suporte social e depressão, e assim, propor intervenções escudadas em evidências científicas mais precisas, visando prevenir e mitigar a ocorrência de sintomas depressivos em idosos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, p. 421–426, jun. 1999.
- [AMERICAN PSYCHIATRIC; ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5<sup>o</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSARI, S.; ANAND, A.; HOSSAIN, B. Multimorbidity and depression among older adults in India: Mediating role of functional and behavioural health. **PLoS ONE**, v. 17, n. 6, 2022.
- ANWAR, N.; KUPPILI, P. P.; BALHARA, Y. P. S. Depression and physical noncommunicable diseases: The need for an integrated approach. **WHO South-East Asia journal of public health**, v. 6, n. 1, p. 12–17, abr. 2017.
- BARCELOS-FERREIRA, R. *et al.* Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. **The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 17, n. 7, p. 582–590, jul. 2009.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 1, p. 21, 20 out. 2003.
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 598–605, ago. 2007.
- BERKMAN, L. F. *et al.* From social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 51, n. 6, p. 843–857, set. 2000.
- BLAZER, D. *et al.* The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. **Journal of Gerontology**, v. 46, n. 6, p. M210-215, nov. 1991.
- BORGES, L. J. *et al.* Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo *EpiFloripa*. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 701–710, ago. 2013.
- BRANDÃO, D. J. *et al.* Depression and excess mortality in the elderly living in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 22–30, jan. 2019.
- BRETANHA, A. F. *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 1–12, mar. 2015.

BRIGGS, R. *et al.* Depressive Symptoms Among Older Adults Pre- and Post-COVID-19 Pandemic. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 11, p. 2251–2257, nov. 2021.

CAO, H.; ZHAO, H.; SHEN, L. Depression increased risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**, v. 9, p. 913888, 2022.

CARVALHO, J. A. M. DE; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 725–733, jun. 2003.

CARVALHO, J. A. M. DE; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 597–605, mar. 2008.

CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 425–435, ago. 1997.

CASTRO-COSTA, É. *et al.* Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. 104–109, jun. 2008.

CHAO, S. F. Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: a longitudinal perspective. **Aging & Mental Health**, v. 15, n. 6, p. 765–774, ago. 2011.

CHAROENSAKULCHAI, S. *et al.* Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 19, n. 12, p. 1248–1253, dez. 2019.

COBB, S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300–314, out. 1976.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310–357, set. 1985.

CORRÊA, M. L. *et al.* Depression in the elderly of a rural region in Southern Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2083–2092, 3 jun. 2020.

DE ANDRADE, T. B.; BOF DE ANDRADE, F.; VIANA, M. C. Prevalence of depressive symptoms and its association with social support among older adults: The Brazilian National Health Survey. **Journal of Affective Disorders**, v. 333, p. 468–473, 15 jul. 2023.

DEMAKAKOS, P.; PIERCE, M. B.; HARDY, R. Depressive Symptoms and Risk of Type 2 Diabetes in a National Sample of Middle-Aged and Older Adults. **Diabetes Care**, v. 33, n. 4, p. 792–797, abr. 2010.

DUE, P. *et al.* Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine** (1982), v. 48, n. 5, p. 661–673, mar. 1999.

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta, 2021.

FERRAND, C. *et al.* Change of depressive symptoms in a French nine-year longitudinal study of aging: Gender differences and relationships between social support, health status and depressive symptoms. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 89, p. 104059, ago. 2020.

FERREIRA CARRIJO, M. *et al.* Relationship between depressive symptoms, social isolation, visual complaints and hearing loss in middle-aged and older adults. **Psichiatriki**, 2022.

GARIÉPY, G.; HONKANIEMI, H.; QUESNEL-VALLÉE, A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 209, n. 4, p. 284–293, out. 2016.

GBD 2017 DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10159, p. 1789–1858, 10 nov. 2018.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123–133, jan. 2012.

GÓIS, A. L. B. DE; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2859–2869, set. 2010.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1755–1769, mar. 2011.

GROCHTDREIS, T. *et al.* Cost-effectiveness analysis of collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT). **European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 57, p. 10–18, abr. 2019.

GUAN, L. *et al.* Hearing loss, depression, and medical service utilization among older adults: evidence from China. **Public Health**, v. 205, p. 122–129, abr. 2022.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 19, n. 4, p. 691–701, dez. 2016.

GÜZEL, A.; KARA, F. Determining the prevalence of depression among older adults living in Burdur, Turkey, and their associated factors. **Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society**, v. 20, n. 4, p. 370–376, jul. 2020.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3575–3584, nov. 2016.

HU, T. *et al.* Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 311, p. 114511, maio 2022.

KARIM, J. *et al.* Validation of the Eight-Item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Among Older Adults. **Current Psychology**, v. 34, n. 4, p. 681–692, 1 dez. 2015.

KOIZUMI, Y. *et al.* Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 59, n. 5, p. 563–569, out. 2005.

KRISHNAMOORTHY, Y.; RAJAA, S.; REHMAN, T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 87, p. 104002, abr. 2020.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, 2007.

LICHTMAN, J. H. *et al.* Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 12, p. 1350–1369, 25 mar. 2014.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 1 jul. 2018.

LIU, Q. *et al.* Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 126, p. 134–140, 1 jul. 2020.

LOPES, C. DE S. *et al.* Trend in the prevalence of depressive symptoms in Brazil: results from the Brazilian National Health Survey 2013 and 2019. **Cadernos De Saude Publica**, v. 38Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00123421, 2022.

LOPEZ, A. O. *et al.* Self-report depression screening measures for older Hispanic/Latin American adults: A PRISMA systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 294, p. 1–9, 1 nov. 2021.

LU, L. *et al.* Prevalence and factors associated with anxiety and depression among community-dwelling older adults in Hunan, China: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 107, 15 fev. 2023.

LUPPA, M. *et al.* Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 212–221, fev. 2012.

MACNEIL, A. *et al.* Incident and Recurrent Depression among Adults Aged 50 Years and Older during the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 15032, 15 nov. 2022.

MALHI, G. S.; MANN, J. J. Depression. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10161, p. 2299–2312, 24 nov. 2018.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, mar. 2013.

MCGOVERN, P.; NAZROO, J. Y. Patterns and causes of health inequalities in later life: a Bourdieusian approach. **Sociology of Health & Illness**, v. 37, n. 1, p. 143–160, jan. 2015.

MECHAKRA-TAHIRI, S. *et al.* Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 24, n. 11, p. 1226–1236, nov. 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2º ed. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2011.

MENDES-CHILOFF, C. L. *et al.* Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 21Suppl 02, n. Suppl 02, p. e180014, 4 fev. 2019.

MENDOZA, W.; MIRANDA, J. J. Global Shifts in Cardiovascular Disease, the Epidemiologic Transition, and Other Contributing Factors: Toward a New Practice of Global Health Cardiology. **Cardiology Clinics**, v. 35, n. 1, p. 1–12, fev. 2017.

MENEGUCI, J. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 221–230, 14 fev. 2020.

MIRKENA, Y. *et al.* Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. **BMC psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 338, 18 out. 2018.

MOHEBBI, M. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 34, n. 8, p. 1208–1216, ago. 2019.

MULAT, N.; GUTEMA, H.; WASSIE, G. T. Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. **BMC psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 136, 8 mar. 2021.

NAVIGANUNTANA, Y.; KERDCHAROEN, N.; RAWDAREE, P. Factors Associated with Depressive Symptoms in Elderly Individuals Living in Urban Communities. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 15, p. 855–864, 2022.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 25 out. 2018.

O'HALLORAN, A. M.; KENNY, R. A.; KING-KALLIMANIS, B. L. The latent factors of depression from the short forms of the CES-D are consistent, reliable and valid in community-living older adults. **European Geriatric Medicine**, v. 5, n. 2, p. 97–102, 1 abr. 2014.

OLIVEIRA, R. C.; COELHO, R. H. Efeitos das aposentadorias por tempo de contribuição e por idade sobre saúde e bem-estar dos indivíduos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 8 out. 2021.

OMRAN, A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731–757, dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Genevra: [s.n.].

PARK, M.; KATON, W. J.; WOLF, F. M. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 217–225, jun. 2013.

PARK, S.-H.; KWAK, M.-J. Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged over 65 Years: An Updated Review 2000-2019. **Clinical Gerontologist**, v. 44, n. 2, p. 83–96, abr. 2021.

PARK, S.-H.; LEE, H. Is the center for epidemiologic studies depression scale as useful as the geriatric depression scale in screening for late-life depression? A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 292, p. 454–463, 1 set. 2021.

PELTZER, K.; PENGPID, S. High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia: Childhood adversity, sociodemographic factors and health risk behaviour. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 33, p. 52–59, mar. 2018.

PILANIA, M. *et al.* Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997-2016: a systematic review and meta-analysis. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 832, 27 jun. 2019.

PRIGGE, R.; WILD, S. H.; JACKSON, C. A. Depression, diabetes, comorbid depression and diabetes and risk of all-cause and cause-specific mortality: a prospective cohort study. **Diabetologia**, v. 65, n. 9, p. 1450–1460, set. 2022.

QIU, Q.-W. *et al.* Risk factors for depressive symptoms among older Chinese adults: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 341–346, 1 dez. 2020.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, n. 3, p. 385–401, jun. 1977.

RAJAPAKSHE, O. B. W.; SIVAYOGAN, S.; KULATUNGA, P. M. Prevalence and correlates of depression among older urban community-dwelling adults in Sri Lanka. **Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society**, v. 19, n. 3, p. 202–211, maio 2019.

RAJKUMAR, A. P. *et al.* Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 2, p. 372–378, abr. 2009.

RAMOS, G. C. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, p. 122–131, jun. 2015.

RAMOS, M.; WILMOTH, J. Social Relationships and Depressive Symptoms Among Older Adults in Southern Brazil. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 58, n. 4, p. S253–S261, 1 jul. 2003.

RAZZAK, H. A.; HARBI, A.; AHLI, S. Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates. **Oman Medical Journal**, v. 34, n. 4, p. 274–282, jul. 2019.

ROSA, T. E. DA C. *et al.* Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2982–2992, dez. 2007.

ROTH, G. A. *et al.* Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. **Circulation**, v. 132, n. 17, p. 1667–1678, 27 out. 2015.

RUIZ, M. A. *et al.* Gender, marital and educational inequalities in mid- to late-life depressive symptoms: cross-cohort variation and moderation by urbanicity degree. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 75, n. 5, p. 442–449, maio 2021.

SCHWARZBACH, M. *et al.* Social relations and depression in late life-a systematic review. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 1–21, jan. 2014.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, p. 45–51, mar. 2017.

SIMKHADA, R. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and its associated factors in older adults: a cross-sectional study in Kathmandu, Nepal. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 6, p. 802–807, jun. 2018.

STEFFICK, D. **Documentation of Affective Functioning Measures in the Health and Retirement Study.**

TANG, X. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and its related factors among China's older adults in 2016. **Journal of Affective Disorders**, v. 292, p. 95–101, 1 set. 2021.

TAY, L. *et al.* Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. **Applied Psychology. Health and Well-Being**, v. 5, n. 1, p. 28–78, mar. 2013.

TAYAA, S. *et al.* [Diagnosis and management of depression in the elderly]. **Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement**, v. 18, n. 1, p. 88–96, 1 mar. 2020.

TENGGU MOHD, T. A. M. *et al.* Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. **BMJ open**, v. 9, n. 7, p. e026667, 17 jul. 2019.

**The top 10 causes of death.** Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 7 out. 2022.

THOITS, P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 52, n. 2, p. 145–161, jun. 2011.

TRAVASSOS, G. F.; COELHO, A. B.; ARENDS-KUENNING, M. P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Rev. bras. estud. popul.**, p. e0129–e0129, 2020.

TURNER, S. T. *et al.* Social Support and Symptoms of Depression in Late Life: Bidirectional Associations over Time. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p. 16065, 30 nov. 2022.

TURVEY, C. L.; WALLACE, R. B.; HERZOG, R. A revised CES-D measure of depressive symptoms and a DSM-based measure of major depressive episodes in the elderly. **International Psychogeriatrics**, v. 11, n. 2, p. 139–148, jun. 1999.

UNITED NATIONS: DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS: POPULATION DIVISION. **WORLD POPULATION AGEING 2019**. S.I.: UNITED NATIONS, 2021.

VALERA ORTÍN, J.; LUCERÓN LUCAS-TORRES, M. I. [Suicide related factors in the elderly: A systematic review.]. **Revista Espanola De Salud Publica**, v. 95, p. e202110166, 8 out. 2021.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report**. Geneva: World Health Organization, 2022.

XU, W. *et al.* The prevalence of depressive symptoms and its determinants among adults in mainland China: Results from a national household survey. **Journal of Affective Disorders**, v. 281, p. 220–227, 15 fev. 2021.

YAN, X.-Y. *et al.* Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. **The Journal of International Medical Research**, v. 39, n. 4, p. 1142–1154, 2011.

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37–49, 1982.

ZENEBE, Y. *et al.* Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. **Annals of General Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 55, 18 dez. 2021.

ZHANG, L. *et al.* Multimorbidity and depressive symptoms in older adults and the role of social support: Evidence using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. **PLOS ONE**, v. 17, n. 11, p. e0276279, 10 nov. 2022.

ZIVIN, K. *et al.* Trends in depressive symptom burden among older adults in the United States from 1998 to 2008. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 12, p. 1611–1619, dez. 2013.