

Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários

The prevalence of major depression and its impact in the quality of life, sleep patterns and cognitive function in a octogenarian population

Flávio MF Xavier^{a,b}, Marcos PT Ferraz^b, Paulo Bertollucci^c, Dalva Poyares^d e Emílio H Moriguchi^a

^aInstituto de Geriatria e Gerontologia da PUC/RS (Centro Colaborador para Prevenção do Envelhecimento Patológico e Doenças Crônico-Degenerativas Associadas, da OMS/OPAS), Porto Alegre, RS, Brasil. ^bDepartamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), SP, Brasil. ^cDepartamento de Neurologia, Unifesp/EPM, São Paulo, SP, Brasil. ^dDepartamento de Psicobiologia, Unifesp/EPM, São Paulo, SP, Brasil

Resumo **Objetivos:** Determinar a prevalência de depressão maior em uma população de sujeitos acima de 80 anos residentes na comunidade, comparar os padrões de sono e a função cognitiva entre controles normais e sujeitos com depressão maior e estimar a frequência de outros transtornos psiquiátricos entre controles e sujeitos deprimidos. **Métodos:** De uma população de 219 habitantes com mais de 80 anos, residentes em um município semi-rural no sul do Brasil (município de Veranópolis, RS), selecionou-se uma amostra randômica e representativa de 77 sujeitos (35%). Desse grupo, 5 sujeitos que apresentavam critérios de DSM-IV para depressão maior foram comparados com 50 controles sem diagnóstico de demência, *delirium* ou qualquer transtorno do humor. Os padrões de sono foram avaliados pelo Índice de Pittsburgh de Qualidade do Sono e por um diário do ciclo sono/vigília completado ao longo de duas semanas. Para a avaliação cognitiva, foram usados 5 testes neuropsicológicos: teste de lembranças seletivas de Buschke-Fuld; teste lista de palavras da bateria do CERAD; teste de fluência verbal; e 2 subtestes da bateria de memória de Wechsler. **Resultados:** A prevalência de depressão maior foi de 7,5%. Sujeitos com esse diagnóstico, quando comparados a sujeitos do grupo-controle, apresentavam mais frequentemente comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada, usavam mais benzodiazepínicos e tinham uma pior qualidade de vida pela escala "Short-form 36". Os idosos deprimidos, quando comparados aos controles, tinham os mesmos padrões de sono e apresentavam o mesmo desempenho nos testes neuropsicológicos. **Conclusão:** Os resultados corroboram o conceito de que episódios depressivos são frequentes entre idosos com mais de 80 anos, causando impacto sobre a qualidade de vida associada à saúde e cursando comorbidade frequente com transtorno de ansiedade generalizada. Entre os idosos octogenários residentes na comunidade, a depressão maior não aparecia clinicamente sob a forma de "pseudodemência" depressiva e nem tinha impacto sobre os padrões de sono.

Descritores Depressão. Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. Prevalência. Transtornos da ansiedade. Insônia. Memória. Qualidade de vida. Epidemiologia e bioestatística.

Abstract **Objectives:** To determine the prevalence of major depression in a community-dwelling population aged 80 years or more. The secondary objective was to compare this population's sleep patterns, cognitive function and frequency of other psychiatric disorders with a normal control group and other subjects with major depression. **Methods:** A representative sample of 77 subjects (35%) aged 80 years or more was randomly selected from the rural southern county of Veranópolis, Brazil. Of them, 5 subjects met the DSM-IV criteria for major depression disorder and 50 control subjects (without dementia, delirium or any mood disorder) were compared. Sleep patterns were assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index and a 2-week-sleep/wake diary. Five neuropsychological tests (the Buschke-Fuld Selective Reminding Test, the CERAD battery word list, the Verbal Fluency Test, and two sub-tests of the Wechsler memory scale) were used for cognitive evaluation. **Results:** The point prevalence rate for major depression was 7.5%. When compared to the control group, subjects with major depression had a higher frequency of generalized anxiety disorder as a comorbid condition, used more benzodiazepines and had a worse life quality according to the Short-form 36 scale. Depressed elderly people

showed the same sleep patterns, and performed in the same manner in the cognitive tests as controls.

Conclusion: The results corroborate the hypothesis that major depressive disorder is frequently found among the elderly population aged 80 or more. This disorder causes impact on life quality concerning health, and often occurs in association with generalized anxiety disorder. Among elderly aged 80 or more living in this community, major depression neither manifested as a form of depressive pseudo-dementia, nor did it have any impact on sleep patterns.

Keywords Depression. Aged. Aged, 80 and over. Prevalence. Anxiety disorders. Sleep initiation and maintenance disorders. Memory. Quality of life. Epidemiology and biostatistics.

Introdução

Prevalência de episódio depressivo maior entre indivíduos muito idosos

Apesar de existir controvérsia sobre qual é a prevalência de depressão maior entre pessoas com mais de 65 anos residentes na comunidade, existem suficientes evidências epidemiológicas para estimar uma taxa entre 2% e 5% para os idosos. No entanto, pouco foi estudado sobre a prevalência de episódio depressivo maior (EDM) entre idosos da faixa mais velha, acima de 80 anos. Ainda que, na década de 90, pelo menos três estudos¹⁻³ tenham focado especificamente a prevalência de EDM entre os sujeitos acima de 80 anos, não há na literatura consenso sobre esse aspecto. No final da década de 90, evidências demonstraram que a faixa acima de 80 anos, os assim chamados “idosos-mais-idosos”, apresenta uma prevalência até 37% mais alta de EDM, quando comparados aos “idosos-jovens” (entre 65-80 anos).⁴ Valvanne et al,⁵ estudando três faixas etárias de idosos, observaram que de fato a prevalência de EDM, como definida pela DSM-III, aumenta com a idade. Enquanto a prevalência de EDM na coorte de 75 e de 80 anos era, respectivamente, de 1% e de 4%, na coorte de 85 anos saltava para 13%.

Uma segunda evidência inicial de alguns estudos de prevalência de EDM entre os muito idosos é um aumento exclusivo para o sexo masculino das taxas de prevalência de EDM juntamente com a idade. À medida que avançam em idade após os 65 anos, os homens progressivamente vão tendo maior prevalência de EDM, e as mulheres, decréscimo nessa prevalência.^{1,6} Ao estudar uma população de idosos com mais de 85 anos, Paivarinta et al⁷ encontraram uma prevalência de EDM, como definida pela DSM-III-R, de 8,1% para homens e de 4,9% para mulheres.

EDM e qualidade de vida

O impacto da presença de depressão maior sobre a qualidade de vida entre idosos está evidenciado em mais de um estudo. Ao usar a escala de qualidade de vida relacionada à saúde – “Medical Outcomes Study 36: Item Short-form Health Status Survey” (SF-36) –,⁸ Heilingenstein et al⁹ encontraram que idosos deprimidos apresentavam pior desempenho nos seguintes domínios da escala SF-36: saúde mental; limitação de função devido a problemas emocionais; funcionalidade social; vitalidade; limitação de função devido a problemas

físicos; e na escala de dor. Também foi evidenciado que uma diminuição da sintomatologia depressiva após o tratamento trazia ganhos em diferentes áreas de qualidade de vida. Neste estudo, os idosos com depressão maior foram alocados para tratamento com placebo e com fluoxetina. Após 6 semanas, o grupo tratado com fluoxetina apresentava melhores escores que o grupo-controle nos seguintes domínios de qualidade de vida: saúde mental; limitação de função devido a problemas emocionais; funcionalidade física; e na escala de dor. Um outro autor¹⁰ demonstrou ainda associação entre maior intensidade da depressão e pior pontuação na qualidade de vida pela SF-36, também evidenciando associação entre progressivo alívio da sintomatologia do humor e melhora significativa na pontuação em diferentes áreas de qualidade de vida.

EDM e o sono

O sono de idosos difere do de adultos jovens principalmente por uma tendência a um maior número de interrupções e a uma discreta diminuição da profundidade do sono.¹¹ Também entre pacientes com episódio depressivo de qualquer idade, existe dificuldade para manter-se dormindo.¹² Contudo, está para ser determinado se o fator “idade avançada” somado ao fator “*presença episódio depressivo maior*” terá como decorrência um número ainda maior de despertares noturnos, alguma alteração marcante no horário de despertar pela manhã ou uma maior tendência à insônia.

EDM e a memória e a cognição

Os principais aspectos neuropsicológicos de idosos deprimidos foram revisados por Lamberly & Bieliauskas.¹³ A maior parte das evidências sobre o desempenho em testes neuropsicológicos mostra que de fato os idosos deprimidos pontuam diferentemente de idosos-controle, apresentando um leve, mas definido, déficit cognitivo. Esse déficit contrariamente foi denominado, por alguns autores, de “pseudodemência”.

Quando comparados aos idosos sem depressão, idosos gravemente deprimidos apresentam déficits na memória episódica. Alguns estudos mostram que, entre os idosos, tarefas que exigem esforço são significativamente afetadas pelo transtorno do humor, levando à conclusão de que os deprimidos estariam menos motivados durante a aplicação dos testes neuropsicológicos.¹⁴ Especificamente nos testes

neuropsicológicos aplicados neste estudo, há evidências do EDM estar associado a um pior desempenho. Em diferentes estudos, sujeitos deprimidos mostraram significativo comprometimento do desempenho no teste de lembrança imediata da lista de palavras.¹⁵⁻¹⁷ Também na recuperação tardia, os deprimidos apresentaram um desempenho diferente de idosos normais.¹⁵ O escore dos deprimidos no teste de fluência verbal foi identificado como significativamente mais baixo do que o de idosos normais.¹⁸

Objetivos

Determinar a prevalência de episódios depressivos maiores (EDM) em uma população de sujeitos acima de 80 anos residentes na comunidade; comparar os padrões de sono, a função cognitiva e as escalas de qualidade de vida entre controles normais e sujeitos com episódio depressivo maior; estimar a prevalência de outros transtornos psiquiátricos entre controles e sujeitos deprimidos.

Métodos

Amostra

De uma população de 219 sujeitos com mais de 80 anos residentes no município gaúcho de Veranópolis, foi desenhada uma amostra randômica e representativa de 77 sujeitos. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado pelo pacote Epi Info¹⁹ versão 6.02, utilizando-se a prevalência suposta de 2% de EDM e erro aceitável de 2,5% para um intervalo de confiança de 90%. Para a escolha dos indivíduos a serem incluídos na amostra, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples a partir de sorteio de 77 nomes de uma lista contendo todos os nomes da população de idosos do município. Desta amostra de 77 indivíduos, 4 recusaram-se a participar do estudo. Um total de outros 4 (5% ou 4/73) sujeitos apresentavam critérios da DSM-IV²⁰ para demência, e 2 apresentavam critérios da DSM-IV para *delirium*. Com esses 6 sujeitos com dificuldades de entendimento, não foi possível aplicar os instrumentos de entrevista psiquiátrica dirigida para busca de um diagnóstico de transtorno do humor, e, por esse motivo, esses 6 idosos foram excluídos do estudo. Um sujeito apresentava intensa ansiedade ao responder a entrevista e não pôde ser estudado. Assim, o grupo final estudado foi de 66 sujeitos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por um médico geriatra, um médico psiquiatra e um psicólogo clínico. Cada pesquisador aplicou uma parte dos instrumentos, sendo a avaliação neuropsicológica desenvolvida pelo psicólogo, o exame geriátrico global pelo médico geriatra e o preenchimento da Entrevista Clínica Estruturada (Structured Clinical Interview-SCID) para DSM-IV pelo médico psiquiatra. Todas as entrevistas foram conduzidas nos domicílios dos idosos. Cada entrevistado era avaliado por cada entrevistador em dias diferentes, com o objetivo de não tornar a entrevista cansativa para os sujeitos. Todos os sujeitos que participaram deste estudo deram seu consentimento

informado. O presente estudo teve a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Estado de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM).

Escalas e procedimentos

A avaliação psiquiátrica incluiu o uso da versão brasileira da Entrevista Clínica Estruturada (Structured Clinical Interview-SCID)²¹ para DSM-IV, visando a identificação dos casos de episódio depressivo maior, transtorno distímico, transtorno depressivo menor, transtorno pelo uso de álcool e transtorno de ansiedade generalizada. A escala de depressão geriátrica²² foi usada para mensurar sintomas depressivos.

Todos os sujeitos tiveram uma avaliação geriátrica global que incluiu entrevista clínica e exame físico e neurológico, bem como uma entrevista estruturada com perguntas específicas sobre presença, duração, principais sintomas e complicações de tratamento de doença pulmonar crônica, doença cardíaca, doença aterosclerótica, diabetes mellitus, neoplasia maligna, doença osteoarticular e enfermidades dos órgãos dos sentidos. O índice Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)²³ foi utilizado para quantificar a comorbidade médica geral em ambos os grupos (grupo com depressão maior e grupo sem qualquer transtorno do humor). O CIRS é um instrumento validado que quantifica as disfunções de seis sistemas orgânicos: cardiopulmonar, gastrointestinal, genitourinário, musculoesquelético, psiconeurológico e geral-endócrino, em uma escala de severidade de 0-4 pontos.

Qualidade de vida

Os idosos foram avaliados sobre a satisfação com a vida, pelo Índice de Satisfação com a Vida,²⁴ e sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, pela versão validada para o Brasil²⁵ do instrumento "Medical outcomes study 36-item short-form (SF36)".

Sono

Foram considerados sujeitos com insônia os que tinham resposta afirmativa para, pelo menos, uma das quatro alternativas: "com referência ao mês anterior, você alguma vez teve um período de duas semanas ou mais no qual tenha tido: (a) dificuldade em iniciar o sono, (b) dificuldade em se manter dormindo, (c) situação de acordar muito cedo pela manhã ou (d) presença de sono não restaurador".

Cada sujeito ou seu cuidador mais próximo entre os iletrados completou um diário de padrões de sono durante duas semanas. A primeira seção desse diário é respondida antes de ir para a cama e refere-se a atividades do dia, presença de sonolência diurna excessiva, bem como presença, duração e horário de cochilos diurnos. A segunda seção, completada logo que o sujeito acorda pela manhã, refere-se a horário de ida para a cama, duração do sono e de despertares. Essa seção também inclui escalas analógicas visuais que perguntam ao sujeito sobre a qualidade do sono da noite, o humor e a disposição ao acordar. A opinião subjetiva sobre a "qualidade do sono" foi medida pelo índice de qualidade de sono de Pittsburgh,²⁶ e a sonolência excessiva diurna, pela versão brasileira²⁷ da escala Epworth²⁸ (versão modificada).*

*No presente estudo não foi incluída uma das questões desse questionário que pergunta sobre a probabilidade do sujeito adormecer dirigindo automóveis no trânsito, pois a maior parte dos sujeitos nessa comunidade não costuma dirigir.

Cognição

A percepção subjetiva de função da memória, a metamemória, foi avaliada pelo questionário de queixas de memória (MAC-Q).²⁹ O desempenho objetivo da memória foi avaliado por dois testes neuropsicológicos: (1) a memória visual e o aprendizado foram quantificados pelo teste de recuperação de Buschke,³⁰ aplicado segundo a metodologia proposta pela equipe da clínica Mayo.³¹ O escore utilizado foi o número total de estímulos recordados – somatório das lembranças livres e das lembranças decorrentes do uso de pistas semânticas –, sendo a pontuação máxima de 96 lembranças, e (2) a memória verbal foi quantificada pelo teste lista de palavras³² da bateria neuropsicológica do CERAD (“Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease”), sendo o escore o número de palavras lembradas na recuperação tardia do total de 10 palavras.

Além da memória, outras funções cognitivas foram estudadas: atenção, habilidade verbal e função visoconstrutiva com os seguintes testes neuropsicológicos: (a) atenção – o subteste “Span de Números” da Escala de Inteligência de Adultos de Wechsler (WAIS),³³ sendo o escore o valor “bruto”, ou seja, o somatório do total de acertos da forma direta com o do total de acertos da forma inversa; (b) habilidade verbal – teste da fluência verbal, categoria animais,³⁴ sendo o escore o número total de nomes de animais produzido em 1 minuto; (c) função visoconstrutiva – teste de reprodução visual de figuras da escala de memória de Wechsler,³⁵ segundo a adaptação de Russell’s,³⁶ sendo a pontuação o número de componentes presentes no desenho tardio (após 10 minutos da apresentação de uma figura).

Os instrumentos “The Clinical Dementia Rating” (CDR)³⁷ e o “Miniexame do Estado Mental”³⁸ também foram utilizados com o objetivo de quantificar o funcionamento cognitivo em um sentido mais amplo.

Estatística

O teste qui-quadrado foi usado para identificar a existência de associações entre gênero e presença de EDM. Também foi utilizado para identificar a presença de associações entre a EDM e uma maior frequência de transtorno de ansiedade generalizada, de queixa de insônia ou de uso continuado de benzodiazepínicos.

Para comparar o desempenho dos 5 idosos do grupo com EDM e o desempenho dos 50 idosos do grupo-controle quanto

às medidas de saúde física, escalas de satisfação com a vida e qualidade de vida, medidas de sono diário e escalas de sono, bem como as medidas dos testes neuropsicológicos de cognição, foi usado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. O intervalo de confiança foi de 95%, e os valores foram considerados significativos, quando o índice de p era $\leq 0,05$.

Resultados

A proporção de 36% de homens na amostra (24) e de 64% de mulheres (42) não diferia da proporção na população total de sujeitos acima de 80 anos no município. Nessa população, um percentual de 37% é do sexo masculino (81 homens), e 63%, do sexo feminino (138 mulheres). O tempo médio de escolaridade era de 2,6 ($\pm 2,8$) anos de estudo, sem diferença do tempo de escolaridade por gênero. Tanto idosos com episódio depressivo maior quanto sujeitos sem EDM tinham estudado em média 2,6 anos. Nessa amostra, 25 sujeitos (38%) residiam na área rural do município, e 41 (62%) residiam na área urbana de Veranópolis.

Entre os 66 idosos estudados, um percentual de 7,5% (5/66) apresentavam episódio depressivo maior (EDM). Outros transtornos afetivos encontrados foram depressão menor em 12,1% (8/66) e distímia em 4,5% (3/66) dos sujeitos; ambos os diagnósticos, segundo critérios da DSM-IV. Assim, um grupo de 50 sujeitos foi considerado livre de qualquer tipo de transtorno de humor depressivo, sendo que o presente estudo foi desenvolvido comparando 5 sujeitos que tinham EDM com 50 sujeitos livres de qualquer doença afetiva. Um dos 5 sujeitos com EDM também tinha simultaneamente critérios de distímia.

Um percentual de 12% (4/32) das mulheres e de 4,3% (1/23) dos homens tinha EDM, não sendo evidenciada diferença estatística na prevalência de EDM por sexo ($p=0,83$). A idade média de sujeitos com EDM (83,6 anos $\pm 1,6$) e sem EDM (84,6 anos $\pm 3,5$) também não era significativamente diferente.

Estado de saúde geral

A Tabela 1 resume a comparação da saúde de idosos do grupo com EDM e do grupo-controle. O estado de saúde geral dos idosos com EDM, pela escala CIRS, tendia a ser pior (haver mais doença médica associada) do que o estado de saúde dos idosos sem qualquer sintomatologia de humor depressivo ($p=0,07$). Contudo, a escala CIRS, além dos itens para aferir

Tabela 1 - Variáveis de saúde geral entre idosos com episódio depressivo maior e entre controles.

Variáveis de estado geral de saúde	Idosos com EDM	Idosos sem EDM	Significância
Escala CIRS total (pontuações mais altas significando maior comprometimento da saúde geral)	mediana: 8,0 pontos média: 8,2 (DP: $\pm 2,1$)	mediana: 6,0 pontos média: 5,8 (DP: $\pm 2,7$)	$p=0,07$ (ns)*
Escala CIRS não se considerando os pontos das questões emocionais (só com as perguntas da parte orgânica)	mediana: 6,0 pontos média: 6,2 (DP: $\pm 2,1$)	mediana: 5,0 pontos média: 5,5 (DP: $\pm 2,6$)	$p=0,64$ (ns)*
Saúde auto-referida, escala de 1 (excelente) até 5 (muito ruim)	mediana: 3,5 pontos média: 3,5 (DP: $\pm 0,3$)	mediana: 3,0 pontos média: 2,9 (DP: $\pm 0,8$)	$p=0,03$ (s)*
Quantas vezes esteve consultando no ano passado?	mediana: 1,0 vezes média: 3,0 (DP: $\pm 4,0$)	mediana: 2,0 vezes média: 2,2 (DP: $\pm 1,9$)	$p=0,8$ (ns)*
Pressão diastólica ao exame	mediana: 95,0 mm Hg média 91 (DP: $\pm 10,2$) mm Hg	mediana: 80,0 mm Hg média 76 (DP: $\pm 11,9$) mm Hg	$p=0,01$ (s)*

DP: desvio-padrão; s: significativo; ns: não significativo;
*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P)

Tabela 2 - Satisfação com a vida e qualidade de vida entre idosos com episódio depressivo maior e entre idosos controle.

Variáveis de estado geral de saúde	Idosos com EDM	Idosos sem EDM	Significância
Índice de satisfação com a vida (os valores mais elevados significam mais satisfação)	mediana: 19,0 pontos média: 21 (DP:±6,2)	mediana: 28,0 pontos média: 27 (DP:±4,2)	P= 0,03 (s)*
⇒ Escala de Qualidade de Vida (SF-36)			
Domínio: capacidade funcional	mediana: 60 pontos média: 59 (DP:±21)	mediana: 90 pontos média: 85 (DP:±15)	P= 0,007 (s)*
Domínio: funcionalidade física	mediana: 0 pontos média: 40 (DP:±54)	mediana: 100 pontos média: 69 (DP:±42)	P= 0,2 (ns)*
Domínio: dor	mediana: 100 média: 91 (DP:±12)	mediana: 74 pontos média: 74 (DP:±27)	P= 0,18 (ns)*
Domínio: percepções gerais de saúde	mediana: 62 pontos média: 58 (DP:±26)	mediana: 87 pontos média: 81 (DP:±13)	P= 0,02 (s)*
Domínio: vitalidade	mediana: 40 pontos média: 39 (DP:±8)	mediana: 73 pontos média: 70 (DP:±19)	P= 0,0008 (s)*
Domínio: funcionalidade social	mediana: 50 pontos média: 60 (DP:±20)	mediana: 93,5 pontos média: 85 (DP:±18)	P= 0,009 (s)*
Domínio: limitações de funções por problemas emocionais	mediana: 0 pontos média: 6,1 (DP:±14)	mediana: 100 pontos média: 81 (DP:±36)	P= 0,0002 (s)*
Domínio: saúde mental de forma genérica	mediana: 48 pontos média: 47 (DP:±17)	mediana: 78 pontos média: 75 (DP:±17)	P= 0,004 (s)*

DP: desvio-padrão; s: significativo; ns: não significativo;
*Resultado do teste não paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P)

enfermidades nos diferentes órgãos, apresenta um subitem para presença de sintomas psiquiátricos. Quando sujeitos com EDM e sujeitos sem EDM foram comparados apenas nos itens de “saúde geral”, isto é, excluindo o item de saúde emocional, desaparecia a tendência em pontuar diferentemente entre deprimidos e controles. Assim, ao remover o subitem psiquiátrico, observa-se que sujeitos com transtorno de humor do tipo EDM e controles não tinham diferenças ($p=0,64$) nos demais aspectos de seu estado de saúde geral, conforme pontuação pela CIRS.

Mesmo sem uma objetiva pior situação de saúde física, em uma análise da saúde feita pelo próprio idoso – na avaliação “subjetiva” do estado de saúde –, os idosos com EDM descreviam-se como tendo uma saúde física pior. Os sujeitos com EDM não freqüentavam mais os consultórios médicos. Ao exame físico, observou-se uma significativa diferença no nível pressórico de idosos deprimidos, sendo a pressão diastólica mais elevada do que a dos controles.

Comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada e uso de benzodiazepínicos

Idosos com depressão maior tendiam a ter mais comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) do que indivíduos idosos sem sintomas depressivos. Enquanto apenas 2% de idosos sem EDM tinham TAG, um percentual de 40% dos longevos com EDM tinham, ao mesmo tempo, critérios diagnósticos para TAG ($p=0,01$). Também o uso de hipnóticos e sedativos da classe do grupo dos benzodiazepínicos era significativamente maior entre os idosos com EDM: entre sujeitos com EDM, 60% estava fazendo uso de benzodiazepínicos na freqüência de mais de 3 vezes por semana, enquanto entre sujeitos sem sintomas depressivos, esse percentual era de apenas 8,5% ($p=0,01$).

Qualidade de vida

Idosos com EDM tinham menor satisfação com a vida pelo índice de Neugarten's & Havighurst's. Além disso, em dife-

rentes domínios de qualidade de vida, medidos pela escala SF-36, os sujeitos com EDM tinham piores escores. Na Tabela 2, estão representados os escores de deprimidos e controles na escala de satisfação com a vida e de qualidade de vida.

Sono

Como representado na Tabela 3, o grupo com EDM e os 50 sujeitos sem outro diagnóstico de doença de humor tiveram os mesmos padrões de sono, seja no tempo de sono líquido dormido por 24 horas em uma média dos 14 dias observados, seja na eficácia do sono (escalas de sonolência diurna ou de qualidade de sono).

Apenas em dois aspectos, os sujeitos deprimidos tinham diferenças com relação aos controles: sujeitos deprimidos cochilavam menos tempo de tarde, quando comparados com os controles, e tendiam, ao acordar pela manhã, a descreverem-se como menos dispostos.

Cognição

Na Tabela 4, estão representados os desempenhos de idosos deprimidos e controles nos diferentes testes neuropsicológicos de memória e cognição. Como representado em nenhum dos testes aplicados, o desempenho dos sujeitos deprimidos diferia do de controles. Idosos hígidos e os com EDM tinham pontuações análogas nos dois testes de memória, seja no teste de Buschke ou no teste lista de palavras. Os dois grupos apresentavam 22 pontos (mediana) no minixame do estado mental, mostrando a ausência de franco comprometimento cognitivo nas duas amostras comparadas.

Todos os transtornos do humor depressivo (não apenas EDM) tomados em conjunto

O objetivo deste estudo era comparar, quanto às variáveis estudadas, sujeitos com episódio depressivo maior (EDM) com controles sem qualquer doença de humor depressivo. Contudo, como apenas encontraram-se 5 sujeitos com EDM, o que pareceu uma amostra pequena, compararam-se também, quan-

Tabela 3 - Padrões de sono: comparação dos padrões de sono entre idosos com e sem episódio depressivo maior.

	Com depressão maior	Sem depressão maior	Significância
⇒ Questionário Inicial sobre insônia			
Há dificuldades para INICIAR o sono?	20% (1/5) SIM	31% (15/47) SIM	p=0,9 (ns)*
Há dificuldades com o sono NO MEIO DA NOITE (acordar muito e não conseguir pegar no sono)?	60% (3/5) SIM	34% (16/47) SIM	p=0,51 (ns)*
Há dificuldades em acordar MUITO CEDO e não conseguir dormir novamente?	40% (2/5) SIM	31% (15/47) SIM	p=1,0 (ns)*
Há SONO NÃO RESTAURADOR	20% (1/5) tem sono não restaurador	18% (8/47) tem sono não restaurador	p=1,00 (ns)*
Diagnóstico de INSÔNIA	80% (4/5) SIM	66% (31/47) SIM	p=0,8 (ns)*
⇒ Diário do sono de 14 dias			
Tempo "líquido" dormido (em período de 24 horas)	mediana 9,0 horas média 8,6 (DP±1,1) horas	mediana 8,0 horas média 7,5 (DP±1,4) horas	p=0,1 (ns)**
Eficiência do sono (percentual dormindo de todo o tempo em que passa na cama)	mediana 86,0% do tempo média 81% do tempo	mediana 79,5% do tempo média 78 % do tempo	p=0,6 (ns)**
Pontuação na escala "Meu sono desta noite foi" (sendo 0 muito ruim e 10 muito bom) para os 14 dias observados	mediana 6,0 pontos média 6,4 (DP±1,5)	mediana 8,0 pontos média 7,7 (DP±1,5)	p=0,06 (ns)**
Pontuação média na escala "Estou disposto" (sendo 0 muito pouco disposto e 10 muito disposto) para os 14 dias observados	mediana 6,0 pontos média 6,0 (DP±1,0)	mediana 8,0 pontos média 7,2 (DP±1,8)	p=0,04 (s)**
Percentual na forma NAP (cochilar) do tempo total dormido em 24 horas	mediana 6,0% do tempo média 5,6 %	mediana 10,0% do tempo média 10,6%	p=0,03 (s)**
⇒ Escalas de sono			
Sonolência excessiva diurna (SED): pontuação na escala de EPWORTH	mediana 3,0 pontos média 3,0 (DP±4,2) pontos	mediana 7,0 pontos média 6,7 (DP±3,7) pontos	p=0,2 (ns)**
Qualidade do sono: pontuação média no índice de PITTSBURGUER	mediana 8,0 pontos média 8,2 (DP±2,8) pontos	mediana 5,0 pontos média 6,2 (DP± 3,1) pontos	p=0,1 (ns)**

OBS: nem todos os 50 sujeitos do grupo-controle preencheram de maneira completa todos os instrumentos de avaliação do sono, tendo sido perdidos os dados de sono de três sujeitos desse grupo.

s: significativo; ns: não significativo;

*Resultado do teste qui-quadrado.

**Resultado do teste não-paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P)

to às mesmas variáveis de sono, cognição e pontuação na escala de saúde física CIRS, sujeitos com qualquer síndrome depressiva (seja EDM, seja depressão menor ou distímia) com sujeitos-controle sem qualquer dessas síndromes depressivas.

Um total de 16 sujeitos tinha, pelo menos, um tipo de transtorno de humor depressivo, sendo que 50 não receberam qualquer diagnóstico de síndrome depressiva.

Quanto ao padrão de sono, o grupo com algum diagnóstico de humor depressivo tinha os mesmos padrões de sono que os sujeitos sem um diagnóstico de linha depressiva, salvo por dois aspectos: os portadores de pelo menos um diagnóstico de humor depressivo (1) significativamente acordavam mais no meio da noite e não conseguiam voltar a pegar no sono (p=0,02)

e (2) também significativamente avaliavam-se como estando menos dispostos ao acordar (p=0,006).

Quanto aos padrões cognitivos, quando comparados os sujeitos com alguma síndrome depressiva e os sujeitos sem nenhum diagnóstico de síndrome depressiva, novamente nenhuma diferença pôde ser observada no desempenho nos testes cognitivos entre os dois grupos. Quanto à saúde física, os sujeitos com pelo menos um tipo de transtorno de humor depressivo, quando comparados com os controles sem esses diagnósticos, tinham uma saúde física significativamente mais comprometida (p=0,002), já que pontuavam mais alto na escala de saúde física CIRS. Na comparação entre os 16 sujeitos com qualquer síndrome depressiva com os sujeitos-controle sem

Tabela 4 - Cognição e memória: desempenho nos testes neuropsicológicos entre idosos com episódio depressivo maior e entre controles.

Variáveis de cognição	Idosos com EDM	Idosos sem EDM	Significância
Teste de Buschke (somatório do número de lembranças livres e com pistas em seis apresentações)	mediana: 92,5 pontos média: 84 (DP:±17)	mediana: 95,0 pontos média: 87 (DP:±17)	p=0,2 (ns)*
Memória de lista de palavras na terceira apresentação (quantas das dez palavras apresentadas a pessoa lembra)	mediana: 4,0 pontos média: 3,2 (DP:±2,3)	mediana: 4,0 pontos média: 4,7 (DP:±2,2)	p=0,3 (ns)*
Pontuação no questionário MAC-Q de percepção subjetiva da memória	mediana: 22,0 pontos média: 24 (DP:±3,7)	mediana: 26,0 pontos média: 25,4 (DP:±4,1)	p=0,5 (ns)*
Span de números	mediana: 6,0 média: 6,2 (DP:±1,5)	mediana: 7,0 média: 6,4 (DP:±2,2)	p=0,6 (ns)*
Fluência verbal	mediana: 10 palavras média: 10 (DP:±2,9)	mediana: 9 palavras média: 10,5 (DP:±3,9)	p=0,8 (ns)*
Miniexame do Estado Mental	Mediana: 22,0 pontos média: 21,5 (DP:±4,0)	mediana: 22,0 pontos média: 21,3 (DP:±5,0)	p=0,9 (ns)*
Escala CDR de cognição	mediana: 0 pontos média: 0,2 (DP:±0,2)	mediana: 0,5 pontos média: 0,3 (DP:±0,3)	p=0,4 (ns)*

DP: desvio-padrão; s: significativo; ns: não significativo;

*Resultado do teste não-paramétrico de Mann-Whitney (2-tailed P)

nenhum desses diagnósticos, mesmo excluindo o subitem de sintomas psiquiátricos da escala CIRS, havia uma pontuação significativamente mais alta (um pior estado de saúde) entre os sujeitos do grupo com algum tipo de transtorno depressivo do que entre os controles ($p=0,01$).

Discussão

O interesse deste estudo é principalmente pesquisar a população de “muito idosos” raramente estudada. A maior parte dos estudos anteriores, ao definir a idade de inclusão como acima de 60 anos, estudava um número expressivamente maior de sexagenários do que de sujeitos acima de 80 anos, tendo, portanto, uma idade média da amostra próxima aos 65 anos. Neste estudo, procurou-se estudar o episódio depressivo maior (EDM) em um grupo com idade média acima de 80 anos. Entre esses sujeitos octogenários, a taxa de prevalência encontrada de EDM foi de 7,5%, maior do que a encontrada em estudos prévios feitos com sujeitos sexagenários.

O desenho do presente estudo não permite inferir o quanto dessa taxa mais elevada de EDM, entre os octogenários, decorre dessa idade média particularmente mais alta. Contudo, evidências da literatura sugerem que a “quarta idade”, porção mais idosa dos idosos, esteja em maior risco para EDM, quando comparada com a faixa de 60 a 79 anos, ainda que sejam evidências não claramente estabelecidas. Assim, entre os “idosos-idosos”, a prevalência de EDM seria maior que entre os “idosos-jovens”. O presente índice de prevalência aponta para essa conclusão. Estudos objetivando determinar, especificamente, se a faixa de idosos “mais velhos” está sujeita a uma prevalência maior de EDM precisam ser conduzidos com um acompanhamento longitudinal de um grupo inicialmente com 60 anos.

Caso de fato os idosos-idosos tenham mais frequentemente EDM que os idosos-jovens, um eventual motivo seria um pior estado de saúde dos octogenários, quando comparados com os sexagenários. É possível supor que sujeitos com 80 anos tenham um pior estado de saúde que os sexagenários, e que esse estado de saúde mais precário leve a um maior risco de desenvolvimento de EDM entre os idosos-idosos do que entre os idosos-jovens. A associação entre um pior estado de saúde física dos idosos e um maior risco para EDM está claramente determinada em diferentes estudos.³⁹⁻⁴¹ Em comparação com os adultos jovens, aumenta na velhice a importância do declínio de saúde como fator de risco para depressão.³⁹ De fato, estudos prévios sugerem que, na terceira idade, o efeito de uma saúde pobre se sobrepõe ao impacto de todos os outros fatores de risco para EDM.^{41,42} Assim, caso os idosos-idosos, em comparação com os idosos-jovens, tenham um pior estado de saúde, poder-se-ia inferir que o maior risco para EDM entre os longevos seja uma decorrência não da idade mais avançada, mas do estado de saúde mais precário.

A taxa de prevalência encontrada de EDM em torno de 7,5%, em sujeitos com mais de 80 anos, seria provavelmente mais baixa caso os 4 sujeitos dementes e os 2 com *delirium* não tivessem sido excluídos. A presença de *delirium* e demência pode ocorrer conjuntamente com a presença de depressão maior, sendo uma associação inclusive comum nos estágios inici-

ais de quadros de doença de Alzheimer. Contudo, o diagnóstico de depressão maior entre sujeitos dementes ou com *delirium* é bastante sofisticado, tendo sido uma opção metodológica manter os mesmos instrumentos de diagnóstico – no caso, a SCID – para a identificação de todos os casos de EDM e excluir do cálculo de prevalência esses 6 sujeitos cognitivamente incapazes de respondê-los. Um segundo aspecto que poderia influir na prevalência, supostamente aumentando-a, seria a presença mais frequente de depressão maior entre os sujeitos que se recusaram a participar. Supondo que os 4 sujeitos que se negaram a participar fossem portadores de episódio depressivo maior, a prevalência de EDMularia para 12,8% (9/70). Contudo, o percentual de 5% (4/77) de recusa parece aceitável e não invalida os resultados, ainda que seja plausível supor que, se existisse alguma modificação na taxa de prevalência com a participação desses sujeitos do grupo “recusa”, seria na direção de aumentá-la.

Já quanto à associação de maior prevalência de EDM com o sexo masculino para sujeitos acima de 80 anos, não foi encontrada uma taxa significativamente maior de EDM entre os homens. Entre os sujeitos estudados, inclusive da mesma forma como ocorre em outras faixas etárias, o EDM ocorria mais frequentemente, ainda que sem significância estatística, entre as mulheres.

Foi encontrada marcada associação entre presença de diagnóstico de EDM e presença de diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Essa associação sugere que, entre os muito idosos, seja bastante comum a comorbidade de depressão e ansiedade. Também foi evidenciado que idosos com EDM faziam uso significativamente maior de benzodiazepínicos de forma continuada (diária).

O estado de saúde física em uma avaliação objetiva era o mesmo entre os controles e os deprimidos. Contudo, mesmo não tendo um estado de saúde objetivamente pior que os controles, os sujeitos com EDM subjetivamente opinavam que sua qualidade de vida associada à saúde era pior que à dos sujeitos-controle. De fato, a qualidade de vida associada à saúde depende, em parte, de variáveis objetivas, como o grau de avanço de uma determinada doença, mas depende em parte, também, da interpretação subjetiva que o sujeito faz dessa doença ou disfunção.⁴³ Assim, entende-se por que para um mesmo grau de disfunção física objetiva correspondam níveis diferentes de qualidade de vida associada à saúde. Na comunidade estudada, mesmo estando com a saúde física nas mesmas condições que os controles, os deprimidos tinham mais sofrimento com a sua saúde física. Os achados nessa população demonstram que, em diversos domínios de qualidade de vida associada à saúde, os deprimidos sofrem significativamente mais, mesmo que não se evidencie objetivamente um pior estado de saúde física.

Mesmo que não tenha sido evidenciado um pior estado de saúde entre os 5 sujeitos com EDM em comparação com os controles, observou-se, entre os dezesseis sujeitos com algum diagnóstico de humor, um maior número de enfermidades clínicas. Essa associação de pobre estado de saúde geral com outros quadros depressivos (não apenas EDM) é um resultado

que deve servir de alerta aos clínicos e aos geriatras que tratam octogenários doentes a não esperar apenas quadros típicos de EDM em suas enfermarias ou ambulatórios. Será importante que esses clínicos estejam também atentos, entre os longevos doentes, à ocorrência de outros quadros de transtorno de humor menos evidentes para profissionais do sistema de atenção primária, como a depressão menor ou a distímia.

Os padrões de sono de idosos deprimidos não diferiram do de idosos-controle. Um aspecto que pode explicar o fato dos deprimidos não pontuarem, nas variáveis de sono, pior que os controles é o mal desempenho dos sujeitos-controle em muitos padrões de sono: os controles afetivamente hígidos, por exemplo, tinham alta prevalência de insônia (66% deles) e queixavam-se de uma má qualidade de sono pela escala de Pittsburgh. Para essa escala, Reynolds III⁴⁴ demonstrou que uma pontuação acima de 5 pontos costuma estar relacionada a um maior número de disfunções de sono, sendo que os controles pontuaram, em média, em 6,2. Assim, uma explicação para o fato dos escores de controles e deprimidos não diferirem poderia ser o surpreendente mal desempenho dos controles hígidos nas variáveis de sono.

Em um estudo recente, comparando os padrões de sono entre deprimidos e controles (estudo na população não necessariamente idosa), Ohayon et al⁴⁵ encontraram frequências de dificuldade para iniciar o sono, dificuldade de manter o sono e despertar precoce similares às encontradas no presente estudo. Assim, mesmo que haja um grupo muito pequeno de deprimidos no presente estudo, os atuais resultados de sono encontrados estão de acordo com a literatura.

O fato dos deprimidos sentirem-se menos dispostos ao despertar é aparentemente inespecífico, pois pode significar que eles apresentem sono não restaurador, ou que essa queixa de menos disposição seja apenas um sintoma depressivo. O fato de idosos deprimidos cochilarem menos tempo após o almoço que os controles poderia reforçar a idéia de que dormir após o almoço seja o padrão circadiano esperado para os longevos dessa faixa etária. Nesse sentido, Reynolds III et al⁴⁶ demonstram que longevos com diminuída habilidade para o sono noturno também apresentam diminuída habilidade para cochilar durante o dia.

Quando comparados com controles, idosos com EDM apre-

sentaram o mesmo desempenho nos testes objetivos de memória e de cognição, no de autopercepção sobre a memória e nos testes mais amplos de cognição (CDR e minixame do estado mental). Assim, não foi observada associação entre a presença de EDM e um pior desempenho cognitivo. Para alguns autores, essa associação é descrita como pseudodemência ou perdas cognitivas decorrentes de transtorno de humor.

Como neste estudo o grupo de idosos deprimidos foi identificado na comunidade e não em hospitais ou asilos, apresentando um estado de saúde geral análogo ao dos controles, pode-se supor que a pseudodemência, observada em outros estudos, decorra de um pobre estado de saúde ou da falta de suporte social antes de ser uma decorrência do episódio depressivo em si. Na população estudada, o episódio depressivo maior se dava em idosos com bom estado de saúde geral e com presença de suporte social, e entre esses sujeitos não foi observada pseudodemência. Também é possível supor que, entre os idosos deprimidos que estão na comunidade, a intensidade de EDM não seja suficiente para causar repercussão sobre o sono e sobre a cognição.

São limitações do presente estudo: (1) o baixo número de sujeitos deprimidos, o que torna a maior parte dos achados negativos do estudo discutíveis; (2) especificamente na área da memória, a bateria com poucos testes neuropsicológicos, escolhida para evitar fadiga do idoso e viabilizar a aplicação em um estudo populacional, poderia explicar o porquê de não terem sido encontradas diferenças na cognição de sujeitos normais e deprimidos; (3) na área de sono, uma limitação do estudo é que as variáveis foram baseadas em observações de "auto-avaliação", sem dados polissonográficos para confirmar os achados. O fato de muitos dos dados de sono serem médias de informações longitudinais, no entanto, permite aferir dados válidos, sendo uma metodologia aceita e utilizada pela maior parte dos autores.

Assim, o presente estudo sugere que a depressão maior é uma enfermidade comum entre os muito idosos, que se apresenta comumente em comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada e que se relaciona a menor satisfação com a vida e pior qualidade de vida, sem entretanto estar relacionada ao mal desempenho cognitivo, a um pior estado de saúde geral ou a um maior número de distúrbios subjetivos do sono.

Referências

1. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):65-75.
2. Gurling DM, Barkley C, Paykel ES, Gehlhaar E, Brayne C, Gill C, et al. The prevalence of depression in a cohort of the very elderly. *J Affect Disord* 1995;34(4):319-29.
3. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1384-90.
4. Adam C. On the epidemiology of depression in the elderly. Part II. *Z-Gesundheitswiss.* 1997;5:161-80.
5. Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: a population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr* 1996;8:437-43.
6. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(3):209-15.
7. Paivarinta A, Verkkoniemi A, Niinisto L, Kivela SL, Sulkava R. The prevalence and associates of depressive disorders in the oldest-old Finns. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:325-59.
8. Ware JE-Jr; Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.

9. Heiligenstein JH, Ware JE-Jr, Beusterien KM, Roback PJ, Andrejasich C, Tollefson GD. Acute effects of fluoxetine versus placebo on functional health and well being in late-life depression. *Int Psychogeriatr* 1995;7(suppl):125-37.
10. Beusterien KM, Steinwald B, Ware JE-Jr. Usefulness of the SF-36 Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996;9:13-21.
11. Reynolds CF III, Dew MA, Monk TH, Hoch CC. Sleep Disorders in Late Life: a biopsychosocial model for understanding pathogenesis and interventions. In: Coffey CE, Cummings JL, editors. *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
12. Williams RL, Karacan I, Moore CA, Hirshkowitz M. Sleep Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
13. Lamberty GJ, Bieliauskas LA. Distinguishing between depression and dementia in the elderly: a review of neuropsychological findings. *Arch Clin Neuropsychol* 1991;8:149-70.
14. Weingartner H. Automatic and effort-demanding cognitive processes in depression. In: Poon L, ed. *Handbook for clinical Memory assessment of older adults*. Washington (DC): American Psychological Association; 1986. p. 218-25.
15. Gainotti G, Marra C. Some aspects of memory disorders clearly distinguish dementia of the Alzheimer's type from depressive pseudodementia. *J Clin Exp Neuropsychol* 1994;16:65-78.
16. Massman PJ, Delis DC, Butters N, Dupont RM, Gillin JC. The subcortical dysfunction hypothesis of memory deficits in depression: neuropsychological validation in a subgroup of patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992;14:687-706.
17. Hart RP, Kwentus JA, Taylor JR, Hamer RM. Productive naming and memory in depressed and Alzheimer's type dementia. *Arch Clin Neuropsychol* 1988;3:313-22.
18. Emery OB, Breslau LD. Language deficits in depression: comparisons with SDAT and normal aging. *J Gerontol Med Sci* 1989;44:M85-92.
19. Epi Info. Versão 6.02. Center for Disease control & Prevention (CDC). USA: October; 1994.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
21. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P, versão 2)*. Versão Brasileira: Marcelo Tavares Brasília: Universidade de Brasília; 1998.
22. Sheikh JI, Yesavage J. A Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
23. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16:622-6.
24. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin S. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961;16:134-43.
25. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) [Tese]. São Paulo: Escola paulista de Medicina; 1997.
26. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
27. Pedrosa A, Filho AC, Aloe F, Tavares SM. Resultado da escala de sonolência EPWORTH em 480 alunos de graduação da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. *Rev Med* 1996;75(2):100-7.
28. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991;14:540-5.
29. Crook TH, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaints in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int Psychogeriatr* 1992;4:165-76.
30. Grober E, Buschke H. Genuine memory deficits in dementia. *Dev Neuropsychol* 1987;3:13-36.
31. Petersen RC, Smith G, Kokmen E, Ivnik RJ, Tangalos EG. Memory function in normal aging. *Neurology* 1992;42:396-401.
32. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Neurology* 1984;34:939-44.
33. Wechsler D. *Teste de Inteligência para Adultos (WAIS)*. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1993.
34. Butters N, Granholm E, Salmon DP, Grant I, Wolfe J. Episodic and semantic memory: A comparison of amnesic and demented patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987;9:479-97.
35. Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use. *J Psychol* 1945;19:87-95.
36. Russell EW. A multiple scoring method for the assessment of complex memory functions. *J Consult Clin Psychol* 1975;43:800-9.
37. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Brit J Psychiatr* 1982;140:566-72.
38. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
39. Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Ormel J, et al. Depression and physical health in later life: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *J Affective Disord* 1997;46:219-31.
40. Beekman ATF, Kriegsman DMW, Deeg DJH, van Tilburg W. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1995;30:32-8.
41. Kennedy GJ, Kelman HR, Wisniewsky W, Metz H, Bijur P. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in a urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989;146:220-5.
42. Prince MJ, Harwood R, Blizard R, Thomas A, Mann A. Gospel OAK V: impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *Psychol Med* 1997;27:311-21.
43. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):835-40.
44. Reynolds III CF, Jennigs JR, Hoch CC, Monk TH, Berman SR, Hall FT, et al. Daytime sleepiness in the healthy "old-old": a comparison with young adults. *J Am Geriatr Assoc* 1991;39:957-62.
45. Ohayon MM, Cautlet M, Priest R, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *British J Psychiatry* 1997;171:328-88.
46. Reynolds III CF, Jennigs JR, Hoch CC, Monk TH, Berman SR, Hall FT, et al. Daytime sleepiness in the healthy "old-old": a comparison with young adults. *J Am Geriatr Assoc* 1991;39:957-62.

Correspondência

Flávio MF Xavier

Ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica (ANPEG)

Av. Ipiranga, 6690, sala 304

90610-000, Porto Alegre, RS

Tel.: (0xx51) 9998-1111

Fax (0xx51) 331-7500

E-mail: flax@zaz.com.br
