

Eduardo Lopes Nogueira<sup>I,II</sup>Leonardo Librelotto Rubin<sup>III</sup>Sara de Souza Giacobbo<sup>I</sup>Irenio Gomes<sup>I,IV</sup>Alfredo Cataldo Neto<sup>I,II</sup>

# Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre

## Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a prevalência de depressão em idosos e os fatores associados.

**MÉTODOS:** Delineamento transversal com amostra aleatória estratificada de 621 indivíduos  $\geq 60$  anos provenientes de 27 equipes de saúde da família de Porto Alegre, RS, Brasil, no período entre 2010 e 2012. A depressão foi mensurada por agentes comunitários de saúde utilizando a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens. Escores  $\geq 6$  foram considerados depressão e entre 11 e 15, depressão severa. A regressão de Poisson foi o método de análise robusta utilizado para busca de associações independentes de variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde com a depressão e sua severidade.

**RESULTADOS:** A prevalência de depressão foi de 30,6%, significativamente maior em mulheres (35,9% mulheres *versus* 20,9% homens;  $p < 0,001$ ). As seguintes variáveis apresentaram associações independentes com depressão: sexo feminino (RP = 1,4; IC95% 1,1;1,8); baixa escolaridade, sobretudo analfabetismo (RP = 1,8; IC95% 1,2;2,6); e autopercepção de saúde regular (RP = 2,2; IC95% 1,6;3,0) e ruim/péssima (RP = 4,0; IC95% 2,9;5,5). Houve aumento da força de associação desses fatores na depressão severa, exceto para escolaridade.

**CONCLUSÕES:** Alta prevalência de depressão foi observada na avaliação realizada por agentes comunitários de saúde, profissionais sem alta especialização. Esse modelo de aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens identificou achados similares aos encontrados na literatura, em que a depressão associou-se à baixa escolaridade, ao sexo feminino e à pior autopercepção de saúde. Do ponto de vista estratégico no âmbito da atenção básica, os achados são ainda mais relevantes, pois apontam que agentes comunitários de saúde podem ter um papel importante na detecção da depressão em idosos.

**DESCRITORES:** Idoso. Depressão, epidemiologia. Estratégia Saúde da Família. Serviços de Saúde Mental, recursos humanos. Estudos Transversais.

<sup>I</sup> Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Psiquiatria. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>III</sup> Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Neurologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Eduardo Lopes Nogueira  
Hospital São Lucas  
Ambulatório de Psiquiatria - PUCRS  
Av. Ipiranga, 6690 Prédio 60 3º andar Sala 309  
90610-000 Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: mdcedln@gmail.com

Recebido: 27/11/2012

Aprovado: 21/1/2014

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the prevalence of depression in older adults and associated factors.

**METHODS:** Cross-sectional study using a stratified random sample of 621 individuals aged  $\geq 60$  from 27 family health teams in Porto Alegre, RS, Southern Brazil, between 2010 and 2012. Community health agents measured depression using the 15-item Geriatric Depression Scale. Scores of  $\geq 6$  were considered as depression and between 11 and 15 as severe depression. Poisson regression was used to search for independent associations of sociodemographic and self-perceived health with both depression and its severity.

**RESULTS:** The prevalence of depression was 30.6% and was significantly higher in women (35.9% women *versus* 20.9% men,  $p < 0.001$ ). The variables independently associated with depression were: female gender (PR = 1.4, 95%CI 1.1;1.8); low education, especially illiteracy (PR = 1.8, 95%CI 1.2;2.6); regular self-rated health (OR = 2.2, 95%CI 1.6;3.0); and poor/very poor self-rated health (PR = 4.0, 95%CI 2.9;5.5). Except for education, the strength of association of these factors increases significantly in severe depression.

**CONCLUSIONS:** A high prevalence of depression was observed in the evaluations conducted by community health agents, professionals who are not highly specialized. The findings identified using the 15-item Geriatric Depression Scale in this way are similar to those in the literature, with depression more associated with low education, female gender and worse self-rated health. From a primary health care strategic point of view, the findings become still more relevant, indicating that community health agents could play an important role in identifying depression in older adults.

**DESCRIPTORS:** Aged. Depression, epidemiology. Family Health Strategy. Mental Health Services, Manpower. Cross-Sectional Studies.

---

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Ocorre com velocidade sem precedentes em países emergentes, como o Brasil, decorrente da melhoria de indicadores de saúde, como aumento da expectativa de vida ao nascer e quedas progressivas nas taxas de fecundidade.<sup>a</sup> A estimativa do número de idosos no Brasil em 2011<sup>b</sup> foi de 23,5 milhões (12,1% da população) segundo estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Porto Alegre, RS, possui uma das maiores concentrações de idosos do País (211.896 pessoas).

A depressão<sup>4</sup> é uma das patologias mais frequentes do idoso.<sup>6</sup> Compreendida modernamente como uma patologia crônica, é um transtorno mental cujos critérios principais são humor deprimido e a perda de interesse ou

prazer. Sentimentos de culpa ou desvalia, perturbações do sono e do apetite, redução ou perda da energia, piora da concentração e pensamentos de morte ou suicídio são critérios complementares. A prevalência de depressão na população em geral varia de 3,0% a 11,0%, duas vezes maior em mulheres do que em homens. Essa proporção varia de 15,0% a 30,0% entre idosos, segundo local de moradia, situação socioeconômica e instrumentos utilizados.<sup>16</sup> A depressão é considerada importante problema de saúde pública com perspectivas futuras preocupantes. A Organização Mundial da Saúde estima que o transtorno será a principal patologia na carga global de doenças no mundo, em 2030, e mais intenso em países de baixa e média renda, devido ao subdiagnóstico e subtratamento.<sup>c</sup>

---

<sup>a</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

<sup>b</sup> Secretaria de Direitos Humanos: Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. (2011). Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>

<sup>c</sup> World Health Organization. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat. Geneva; 2011 [citado 2013 nov 2]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf)

Os índices de reconhecimento dos transtornos de humor na atenção primária são considerados internacionalmente baixos ou imprecisos. O subdiagnóstico ou atraso diagnóstico em episódios depressivos maiores,<sup>15</sup> a não detecção do transtorno bipolar em pacientes com episódio depressivo<sup>21</sup> e o subdiagnóstico em portadores de dor crônica<sup>20</sup> são bem documentados. O diagnóstico de depressão em idosos pode ser desafiador por sua fenomenologia variada ou atípica divergente de formas clássicas que combinam humor deprimido ou tristeza persistente com anedonia. A perda do prazer pode ser proeminente na depressão maior e a tristeza não ser percebida ou ser negada. A depressão é a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio. Idosos com transtornos de humor da atenção básica (AB) podem apresentar elevado risco de suicídio.<sup>9</sup> A conduta suicida nessa faixa etária tende a ser mais letal – razão de cerca de 1:1 suicídios/tentativas de idosos, sendo de 1:100 em adolescentes.<sup>4</sup>

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)<sup>2</sup> – instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil – mostra-se de grande valor na detecção de depressão geriátrica em diferentes contextos clínicos e alcança importância cada vez maior na AB.<sup>4</sup> A versão curta da EDG-15 teve seu papel no rastreamento bem estabelecido e estudos de validação nacionais foram feitos em amostras de ambulatório psiquiátrico<sup>2</sup> e em ambulatório geral.<sup>18</sup> Trabalhos de validação da EDG-15 identificaram boa acurácia para identificação de transtornos depressivos no ponto de corte 5/6. A EDG-15 é um instrumento constituído de 15 perguntas, e cada resposta positiva associada à depressão representa 1 ponto, gerando escores de 0 a 15.

Poucos estudos examinaram a depressão geriátrica na AB utilizando metodologia robusta, apesar de sua relevância. Estudos de validação da EDG-15, nesse meio, são mais recentes e a aplicação dessa escala foi realizada por estudantes de medicina treinados, médicos ou colaboradores da pesquisa, mesmo sendo estudos de qualidade metodológica.<sup>8,17</sup> A EDG-15 foi considerada mais adequada para o uso nos cuidados primários do que a EDG de 5, 10 ou 30 itens, nacional e internacionalmente.<sup>8,17</sup>

AAB é responsável por ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É a principal via de acesso dos idosos como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Trabalhos realizados em situação próxima à real com profissionais que atuam no SUS podem estimular a implementação de ações estratégicas ativas e mais eficazes.

O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência de depressão em idosos e os fatores associados.

## MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com 621 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Porto Alegre, RS, entre 2011 e 2012. O projeto original foi desenvolvido para conhecer os problemas de saúde da população alvo. O tamanho amostral foi de 900 idosos para diferentes prevalências, com margens de erro entre 1,0% (prevalências muito pequenas ou muito grandes) e 10,0% (prevalências próximas a 50,0%). Foram sorteadas 30,0% das equipes de saúde da família de cada uma das oito gerências distritais existentes em Porto Alegre; 36 idosos de cada equipe foram sorteados, correspondentes à capacidade máxima de atendimento por equipe. Os idosos com dados completos entre março de 2011 e agosto de 2012 foram analisados.

Considerando a literatura atual,<sup>2,8,18</sup> o desfecho depressão foi medido pela EDG-15,<sup>2</sup> com o escore  $\geq 6$  representando depressão, classificada em: depressão leve-moderada (DLM) (escore entre 6 e 10); depressão severa (DS) (escore 11). Agentes comunitários de saúde (ACS) das equipes de saúde da família sorteadas foram capacitados na aplicação do instrumento de depressão. Esse instrumento continha perguntas relacionadas a sintomas depressivos atuais que evitam queixas somáticas. É uma escala de perguntas de fácil compreensão e de respostas objetivas (sim; não) que pode ser aplicada por profissionais não especializados em saúde mental, após breve treinamento.<sup>18</sup>

Foram realizadas visitas domiciliares, modelo ativo preconizado pela ESF para registro e levantamento de informações multidimensionais e de saúde. Cada ACS recebeu uma listagem dos indivíduos sorteados, habitantes de sua microrregião de saúde. O ACS foi orientado a realizar outras tentativas (não menos que duas) caso o idoso não fosse localizado em turno e dia da semana diferentes. Dos 972 idosos sorteados, 809 foram localizados (vivos e residindo no endereço cadastrado). A taxa de resposta foi de 76,7%. Foram avaliados 621 idosos, dos quais 585 tinham os dados completos e adequadamente aferidos e foram incluídos nesta análise.

Frequências absolutas e relativas foram utilizadas para análise descritiva. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as frequências das variáveis (categorização apresentada nas Tabelas 1 e 2) entre os grupos com e sem alteração na EDG-15 e entre os grupos com alteração leve e severa da EDG-15. As variáveis associadas com os desfechos com valores de significância  $\leq 0,20$  foram incluídas na análise de regressão de Poisson com variância robusta e intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

<sup>4</sup> Castelo MS. Validade da Escala de Depressão Geriátrica em unidades primárias de saúde na cidade de Fortaleza, Ceará [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2004.

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Registro 499 – Processo 001.021434.10.7/2009) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Protocolo 11/05663). Todos os indivíduos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A prevalência de depressão foi de 30,6% (IC95% 26,9 a 34,3%). Predominaram mulheres (63,8%) e a média de idade foi de 69,4 anos (DP 7,31 anos), com frequências decrescentes de depressão entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5%). Quanto à escolaridade, 21,8% eram analfabetos (incluindo os analfabetos funcionais), 40,2% possuíam entre um e três anos de estudo, 21,7%, entre quatro e sete anos e 16,3%, mais de oito anos de estudo. Baixa renda pessoal (< 2 salários mínimos – SM) foi encontrada em 89,5% dos idosos. Os idosos, na maioria, referiram ser brancos (64,9%), seguidos por negros (19,9%) e pardos (12,1%). A maioria (64,8%) estava aposentada. Predominaram os casados (36,1%) e viúvos (30,6%). A maioria referiu ser praticante de sua fé (67,7%) e de religião católica (66,6%). A autopercepção da saúde regular foi observada por 55,7% dos idosos e 10,0% referiram saúde ruim ou péssima (Tabela 1).

A análise não controlada mostrou detalhadamente as distribuições de frequências dos dados sociodemográficos e autopercepção de saúde em relação aos desfechos: casos *versus* não casos de depressão (Tabela 1) e dois grupos de severidade dos sintomas (Tabela 2).

Apresentaram maiores prevalências de detecção de depressão na regressão de Poisson: mulheres, com RP: 1,4 (IC95% 1,1;1,8) para detecção de depressão, RP: 1,6 (IC95% 1,2;2,3) para DLM e RP: 2,9 (IC95% 1,2;6,8) para DS; indivíduos analfabetos, com RP: 1,8 (IC95% 1,2;2,6) e com quatro a sete anos de estudo, RP: 1,5 (IC95% 1,0;2,2) para detecção de depressão, com quatro a sete anos de estudo RP: 2,0 (IC95% 1,1;3,5) para DLM; e nos indivíduos com autopercepção de saúde regular ou ruim/péssima, destacando-se a relação maior de depressão mais severa quanto pior era a saúde relatada, alcançando RP: 23,6 (IC95% 7,2;77,4) para DS e autopercepção de saúde ruim/péssima (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A prevalência de depressão (30,6%) é comparável àquelas mais elevadas encontradas em estudos conduzidos com amostras da atenção primária. Meta-análise que avaliou 17 publicações, com uso do EDG-15 ou 30 na atenção primária, mostrou que a prevalência global de depressão

em idosos foi de 17,1% em amostra de 4.869 idosos.<sup>17</sup> Pesquisas brasileiras de base populacional apontam prevalência de depressão entre 1,0% e 3,0% na comunidade, entre 10,0% e 12,0% em pacientes ambulatoriais, e 15,0% em pacientes hospitalizados. A prevalência de sintomas depressivos é de aproximadamente 15,0%, chegando a 20,0% nos pacientes de atenção primária e 25,0% nos pacientes hospitalizados.<sup>8</sup> Uma meta-análise examinou a depressão geriátrica em trabalhos nacionais de amostras não clínicas e a prevalência de depressão variou de 13,0% a 38,5%.<sup>5</sup> Outros trabalhos nacionais não apresentam frequências uniformes ao compararem estudos conduzidos em diferentes locais: 14,3% em São Paulo, SP,<sup>4</sup> 22,8% em Itajaí, SC,<sup>f</sup> e 35,3% no Rio de Janeiro, RJ.<sup>e</sup> Estudo avaliou mais de 7 mil idosos residentes na comunidade, tanto urbana quanto rural, no Rio Grande do Sul. Utilizou a versão reduzida da escala *Short Psychiatric Evaluation Schedule* e mostrou prevalência de sintomas depressivos de 22,7%.<sup>6</sup> Essas variações podem ser explicadas pelo uso de diferentes instrumentos de rastreamento, assim como pelo uso de amostras pequenas e de perfil etário (idade de inclusão e médias de idade) heterogêneos dos estudos.

Estudo realizado em Fortaleza, CE, com idosos da atenção primária encontrou prevalência de 17,2% de detecção de depressão.<sup>d</sup> Entretanto, esse estudo investigou apenas indivíduos que buscaram o serviço de saúde espontaneamente. Amplo estudo realizado em São Paulo, SP, com cerca de 2.000 idosos residentes em áreas de baixa renda, detectou depressão em 27,1%.<sup>e</sup> As amostras dos dois estudos compartilham mais características com a utilizada no presente trabalho por ser proveniente da atenção primária e de baixa renda. Entretanto, profissionais da saúde especializados e treinados realizaram a avaliação de rastreamento em todos os casos. Isso dificulta aproximação maior da realidade da AB e do propósito das avaliações breves, e não preconiza o uso do rastreamento da depressão por profissionais leigos.

A maior frequência de depressão em mulheres, encontrada neste estudo (35,9% *versus* 20,9%), está de acordo com a literatura. Na análise de regressão, as mulheres apresentaram 1,4 vez mais casos de depressão. Ser do sexo feminino é fator de risco conhecido e descrito na literatura.<sup>5,f</sup> Praticamente o dobro de sintomas depressivos foi encontrado entre mulheres (34,5% *versus* 18,0%) no estudo em idosos de baixa renda de São Paulo. Fatores socioculturais associados com maior vulnerabilidade a eventos estressores<sup>3</sup> podem contribuir para essa diferença entre os sexos. Outra possível explicação pode advir de aspectos culturais de gênero, já que mulheres buscam mais auxílio para problemas de saúde e expressam mais abertamente seus sentimentos.

<sup>e</sup> Carvalho JMA. Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

<sup>f</sup> Pereira SP. Prevalência de depressão na população idosa de Itajaí (SC): relação com variáveis biopsicossociais [trabalho de conclusão de curso]. Itajaí: Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí; 2005.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e frequência de alteração da Escala de Depressão Geriátrica. Porto Alegre, RS, 2012.

Variável	n <sup>a</sup>	Escala de Depressão Geriátrica ≥ 6		p <sup>b</sup>
		n	%	
Sexo				< 0,001 <sup>c</sup>
Feminino	379	136	35,9	
Masculino	206	43	20,9	
Idade (anos)				0,798
60 a 69	332	98	29,5	
70 a 79	192	62	32,3	
≥ 80	61	19	31,3	
Escolaridade (anos)				0,004
< 1	127	46	36,2	
1 a 3	231	68	29,4	
4 a 7	130	49	37,7	
≥ 8	94		17,0 <sup>b</sup>	
Renda pessoal (salário mínimo brasileiro)				0,115
< 2	514	165	32,1	
≥ 2	38	7	18,4	
Renda familiar (salário mínimo brasileiro)				0,220
≤ 3	451	144	31,9	
> 3	53	12	22,6	
Aposentado				0,217
Sim	363	102	28,1	
Não	197	66	33,5	
Raça/Etnia				0,636
Branco	378	113	29,9	
Não branco	202	65	32,2	
Religião				0,287
Católico	382	108	28,3	
Evangélico	109	39	38,5	
Outro	86	28	32,6	
Estado civil (no papel)				0,939
Solteiro	104	32	30,8	
Casado	207	60	29,0	
Viúvo	182	58	31,9	
Separado/Divorciado	90	28	31,1	
Viver sozinho				0,079
Sim	104	40	38,5	
Não	471	137	29,1	
Prática religiosa				0,312
Sim	381	111	29,1	
Não	187	63	33,7	
Autopercepção da saúde				< 0,001 <sup>c</sup>
Ótima/Boa	194	26	13,4 <sup>d</sup>	
Regular	323	109	33,7	
Ruim/Péssima	59	41	69,5 <sup>e</sup>	
Total	585	179	30,6	

<sup>a</sup> Valores podem não apresentar o total de 585 devido a perda de dados.

<sup>b</sup> com base no teste Qui-quadrado.

<sup>c</sup> p ≤ 0,05

<sup>d</sup> Frequências de resíduos mais baixas do que o esperado (resíduo ≤ -1,96).

<sup>e</sup> Frequências de resíduos mais elevadas do que o esperado (resíduo ≥ 1,96).

**Tabela 2.** Dados sociodemográficos e intensidade da Escala de Depressão Geriátrica. Porto Alegre, RS, 2012.

Variável	n <sup>a</sup>	%	Escala de Depressão Geriátrica				p <sup>b</sup>
			6-10		11		
			n	%	n	%	
Sexo							< 0,001 <sup>c</sup>
Feminino	136	35,9	103	27,2	33	8,7	
Masculino	43	20,9	35	17,0	8	3,9	
Idade (anos)							0,967
60 a 69	98	29,5	76	22,9	22	6,6	
70 a 79	62	32,3	47	24,5	15	7,8	
≥ 80	19	31,3	15	24,6	4	6,6	
Escolaridade (anos)							0,021
< 1	46	36,2	33	26,0	13	10,2	
1 a 3	68	29,4	53	22,9	15	6,5	
4 a 7	49	37,7	40	30,8	9	6,9	
≥ 8	16 <sup>b</sup>	17,0	12	12,8	4	4,3	
Renda pessoal (salário mínimo brasileiro)							0,115
< 2	165	32,1	124	24,1	41	8,0	
≥ 2	7	18,4	7	18,4	0	0,0	
Renda familiar (salário mínimo brasileiro)							0,107
≤ 3	144	31,9	109	24,2	35	7,8	
> 3	12	22,6	11	20,8	1	1,9	
Aposentado							0,211
Sim	102	28,1	77	21,2	25	6,9	
Não	66	33,5	52	26,4	14	7,1	
Raça/Etnia							0,851
Branco	113	29,9	87	23,0	26	6,9	
Não branco	65	32,2	50	24,8	15	7,4	
Religião							0,006
Católico	108	28,3	75 <sup>b</sup>	16,9	33 <sup>a</sup>	8,6	
Evangélico	39	38,5	36 <sup>a</sup>	33,0	3	2,8	
Outro	28	32,6	25	29,1	3	3,5	
Estado civil (no papel)							0,982
Solteiro	32	30,8	25	24,0	7	6,7	
Casado	60	29,0	49	23,7	11	5,3	
Viúvo	58	31,9	43	23,6	15	8,2	
Separado/Divorciado	28	31,1	20	22,2	8	8,9	
Viver sozinho							0,153
Sim	40	38,5	32	30,8	8	7,7	
Não	137	29,1	105	22,3	32	6,8	
Prática religiosa							0,198
Sim	111	29,1	91	23,9	20	5,2	
Não	63	33,7	46	24,6	17	9,1	

Continua

Continuação						
Autopercepção da Saúde						< 0,001 <sup>c</sup>
Ótima/Boa	26 <sup>d</sup>	13,4	21	10,8	5	2,6
Regular	109	33,7	88	27,2	21	6,5
Ruim/Péssima	41 <sup>e</sup>	69,5	27	45,8	14	23,7
Total	179	30,6				

<sup>a</sup> Valores podem não apresentar o total de 621 devido a perda de dados.

<sup>b</sup> com base no teste Qui-quadrado.

<sup>c</sup>  $p \leq 0,05$ .

<sup>d</sup> Frequências de resíduos mais elevadas do que o esperado (resíduo  $\geq 1,96$ ).

<sup>e</sup> Frequências de resíduos mais baixas do que o esperado (resíduo  $\leq -1,96$ ).

Frequências de depressão foram semelhantes nos grupos etários, inclusive na análise de Poisson, embora alguns estudos mostrem que sintomas depressivos predominam nos idosos mais jovens.<sup>3,14</sup> Outros estudos apontam que idade > 75 anos é fator de risco para depressão.<sup>14,19</sup> A uniformidade encontrada merece destaque, já que a depressão é condição de alta prevalência ao longo do ciclo vital. A forma ativa de coleta (visitas domiciliares) pode ter contribuído na redução da chance de perdas daqueles indivíduos organicamente mais comprometidos e pode ter sido mais efetiva naqueles idosos com faixa etária menor e saudáveis que, embora possuam o cadastro em sua região de saúde, não são pacientes. Alguns subtipos de depressão podem ser mais frequentes em idosos, como a depressão de início tardio e síndromes secundárias a causas orgânicas, não examinadas com profundidade neste estudo.

Analfabetismo e baixa escolaridade associaram-se à maior detecção de depressão, assim como apontado pela literatura,<sup>3,a,f</sup> embora essa associação independente não tenha ficado clara ao examinarmos os dois grupos de severidade de sintomas (DLM e DS). Em nossa amostra, 17,0% dos idosos com escolaridade acima de oito anos apresentam sintomas depressivos. Crepaldi relata redução de 50,0% na prevalência de sintomas depressivos nos idosos com mais de oito anos de escolaridade quando comparados aos sem escolaridade, diferença significativa estatisticamente.<sup>c</sup>

Houve associação entre detecção de depressão e renda pessoal abaixo de dois salários mínimos, como descrito na literatura, que aponta a baixa renda e a pobreza como fatores de risco para depressão.<sup>a</sup> A renda familiar foi testada na análise de Poisson, porém teve contribuição menor, não permanecendo no modelo. Renda baixa pode privar os idosos de assistência de saúde adequada, dificultar a compra dos medicamentos e manutenção dos tratamentos, e interferir na própria autonomia, manutenção e recuperação da saúde.<sup>13,16</sup>

Não houve diferença significativa da prevalência entre as diferentes religiões ou em relação à prática religiosa nesta amostra. Ao investigar a religiosidade em idosos deprimidos na cidade de Campinas, SP, Drucker afirma que a leitura religiosa foi a prática religiosa mais preditora de prevenção à sintomatologia depressiva, que pode ser indicador de melhor condição de saúde mental do idoso, comparada à oração, que teve relação negativa com sintomas depressivos.<sup>a,g</sup> O aumento da religiosidade tem como principal motivo a vivência de eventos estressantes e foi identificado como recurso de enfrentamento ou de alívio contra a depressão.<sup>g</sup> Estudo realizado com 6.961 idosos residentes na comunidade no Rio Grande do Sul mostrou que a maior parte da população pertencia à religião católica, seguida dos evangélicos. Os sujeitos analfabetos e alfabetizados fora da escola, com baixa renda, mulheres, separados/divorciados e evangélicos referiram terem se tornado mais religiosos com o envelhecimento e apresentaram menor risco de desenvolver transtornos mentais com o passar dos anos. Idosos praticantes da fé espírita ou evangélica, quando comparados aos outros grupos religiosos, foram mais expostos ao risco de morbidade psiquiátrica.<sup>6</sup>

A relação entre a depressão e a autopercepção de saúde é um achado consistente. Quanto mais severa a depressão, pior a autopercepção de saúde. A associação mais forte foi obtida entre a DS e saúde ruim/péssima (RP: 23,6, IC95% 7,2;77,4). Pereira mostrou que 78,0% daqueles com autopercepção de saúde ruim/péssima possuíam sintomas depressivos, com razão de chances na regressão logística binária de 4,65.<sup>f</sup> Estudo realizado em Santa Cruz, RN, com 310 idosos provenientes da atenção primária apresentou razão de chances de 6,15 vezes maior de depressão (IC95% 3,09;13,71) naqueles com autopercepção de saúde ruim/péssima.<sup>16</sup> Segundo o estudo, apesar da subjetividade desse aspecto, a forma que o indivíduo se vê em relação ao seu estado geral associa-se intimamente com os quadros depressivos. A pior saúde orgânica também aumenta a chance de quadros depressivos, e esse aumento é diretamente relacionado ao número de doenças crônicas.<sup>7</sup>

<sup>g</sup> Drucker C. Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos em um serviço de saúde mental de São Paulo, Brasil [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2005.

**Tabela 3.** Composição das análises de regressão de Poisson com variância robusta, Porto Alegre, RS, 2012.

Variável	Sem depressão versus EDG ≥ 6				Sem depressão versus EDG 6-10				Sem depressão versus EDG ≥ 11			
	RP <sub>bruta</sub>	IC95% <sub>ajustada</sub>	RP <sub>ajustada</sub>	p	RP <sub>bruta</sub>	IC95% <sub>ajustada</sub>	RP <sub>ajustada</sub>	p	RP <sub>bruta</sub>	IC95% <sub>ajustada</sub>	RP <sub>ajustada</sub>	p
<b>Sexo</b>												
Masculino	1		1		1		1		1		1	
Feminino	1,4	1,1;1,8	1,4	0,002	1,7	1,2;2,4	1,6	0,004	2,6	1,2;5,4	2,9	0,016
<b>Idade (anos)</b>												
> 80	1		1		1		1		1		1	
70 a 79	1,2	0,8;1,8	1,2	0,393	1,0	0,6;1,7	1,0	0,95	1,2	0,4;3,4	0,9	0,921
60 a 69	1,3	0,9;1,9	1,3	0,221	0,9	0,6;1,5	0,9	0,697	1,0	0,4;2,7	0,8	0,719
<b>Escolaridade (anos)</b>												
≥ 8	1		1		1		1		1		1	
4 a 7	2,1	2,4;3,2	1,5	0,041	2,5	1,4;4,4	2,0	0,02	2,1	0,7;6,4	1,4	0,548
1 a 3	1,7	1,1;1,5	1,3	0,115	1,8	1,0;3,3	1,3	0,334	1,7	0,6;5,0	1,2	0,761
< 1	2,1	1,4;3,1	1,8	0,003	2,2	1,2;4,0	1,4	0,259	2,8	1,0;8,4	1,2	0,693
<b>Renda pessoal (salário mínimo brasileiro)</b>												
≥ 2	1		1		1		1		1		1	
< 2	1,8	1,0;3,2			1,4	0,7;2,8						
<b>Vive sozinho</b>												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	1,1	0,9;1,4	1,0	0,764	1,4	1,0;1,9	1,3	0,101	1,3	0,6;2,6	0,9	0,852
<b>Prática religiosa</b>												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	0,9	0,7;1,1	0,9	0,514	0,9	0,7;1,3	1,0	0,919	0,6	0,3;1,1	0,7	0,276
<b>Autopercepção da saúde</b>												
Ótima/Boa	1		1		1		1		1		1	
Regular	2,3	1,7;3,1	2,2	< 0,001 <sup>a</sup>	2,6	1,7;4,1	2,5	< 0,001 <sup>a</sup>	3,1	1,2;8,0	4,5	0,014
Ruim/Péssima	4,1	3,1;5,6	4,0	< 0,001 <sup>a</sup>	5,4	3,4;8,6	5,3	< 0,001 <sup>a</sup>	15,1	5,9;39,1	23,6	< 0,001 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Renda pessoal excluída porque não existem indivíduos na amostra com EDG ≥ 11 e renda > 2 salário mínimo.



A relação bidirecional entre depressão e doenças orgânicas parece bem estabelecida, embora deva-se ter cautela nessa generalização. Alguns quadros clínicos parecem mais associados com o desenvolvimento de depressão, como na fase pré-motora ou no período do diagnóstico da doença de Parkinson,<sup>1</sup> e depressões de início tardio podem estar mais relacionadas com o desenvolvimento de declínio cognitivo leve e demências.<sup>12</sup> O presente estudo limitou-se ao autorrelato de saúde, não aprofundando a investigação das patologias orgânicas.

O desenho transversal não permite examinar as relações causais entre patologias orgânicas e mentais. O exame fenomenológico de sintomas depressivos é limitado em discernir quadros depressivos melancólicos ou com intensa apatia, caracteristicamente mais relacionados com alterações orgânicas.

A alta prevalência de depressão em idosos requer atenção especial por seu impacto direto e indireto na piora

da saúde do indivíduo. A melhora no índice de diagnóstico, a identificação de casos precocemente e melhor abordagem de quadros depressivos na AB passa pelo seu rastreamento sistemático. A utilização de instrumentos padronizados minimiza a influência de fatores subjetivos que possam resultar em diferenças na coleta e no registro dos dados por parte dos entrevistadores.<sup>d</sup> Embora o uso da EDG-15 seja preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na AB, sua aplicação rotineira ocorre apenas em iniciativas locais. A inclusão desse rastreamento pré-consulta pode proporcionar diagnósticos e intervenções precoces e mais precisos, além de diminuir os custos com o sistema de saúde.

Este estudo pode contribuir para a maior difusão do rastreamento sistemático e da detecção de depressão em idosos na AB. Os ACS, profissionais mais próximos da interface de ligação da saúde com a comunidade, têm competência e são essenciais para avaliações nesse nível.

## REFERÊNCIAS

1. Aarsland D, Pahlhagem S, Ballard CG, Ehrst U, Svenningsson P. Depression in Parkinson disease: epidemiology, mechanisms and management. *Nat Rev Neurol*. 2011;8(1):35-47. DOI:10.1038/nrneurol.2011.189
2. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6. DOI:10.1590/S0004-282X1999000300013
3. Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Com*. 2008;4(15):189-204.
4. Barcelos-Ferreira R, Pinto Jr JA, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CMC. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90. DOI:10.1097/JGP.0b013e3181a76ddc
5. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26. DOI:10.1017/S1041610210000463
6. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(9):790-9. DOI:10.1097/JGP.0b013e3180654179
7. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):617-23. DOI:10.1590/S0034-89102012005000044
8. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noleto JCS, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(1):109-13. DOI:10.1017/S1041610209991219
9. Ciulla L, Nogueira EL, Silva Filho IG, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord*. 2014;152-154:513-6. DOI:10.1016/j.jad.2013.05.090
10. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds 3rd CF. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-35. DOI:10.1192/bjp.bp.112.118307
11. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escada de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2007;17(1):3-8.
12. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(5):441-9. DOI:10.1002/gps.3845
13. Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):145-9. DOI:10.1590/S1516-44462004000300003
14. Grinberg LP. Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. *RBM Rev Bras Med*. 2006;63(7):317-30.
15. Huerta-Ramírez R, Bertsch J, Cabello M, Roca M, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. Diagnosis delay in first episodes of major depression: a study of primary care patients in Spain. *J Affect Disord*. 2013;150(3):1247-50. DOI:10.1016/j.jad.2013.06.009
16. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):26-33. DOI:10.1590/S0047-20852006000100004
17. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord*. 2010;125(1-3):10-7. DOI:10.1016/j.jad.2009.08.019
18. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918-23. DOI:10.1590/S0034-89102005000600008
19. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2):469-87. DOI:10.1016/j.psc.2011.02.009
20. Salazar A, Dueñas M, Mico JA, Ojeda B, Agüera-Ortiz L, Cervilla JA, et al. Undiagnosed mood disorders and sleep disturbances in primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Med*. 2013;14(9):1416-25. DOI:10.1111/pme.12165
21. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):49-56. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083840

---

Os autores declaram não haver conflito de interesses.