

# Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos

*Non-communicable chronic diseases and sociodemographic associated with symptoms of depression in elderly*

Amanda Ramalho Silva<sup>1</sup>, Vanessa Sgnaolin<sup>1</sup>, Eduardo Lopes Nogueira<sup>1</sup>, Fernanda Loureiro<sup>1</sup>, Paula Engroff<sup>1</sup>, Irenio Gomes<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a associação das doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos com sintomas de depressão em idosos. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 1.391 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Os dados sociodemográficos e de doenças crônicas não transmissíveis foram coletados pelos agentes comunitários de saúde. A Escala de Depressão Geriátrica abreviada foi utilizada para investigar os sintomas de depressão. **Resultados:** Aproximadamente 81% referiram ao menos uma doença crônica não transmissível. Os sintomas depressivos foram associados com sexo feminino, doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral;  $\geq 8$  anos de estudo e ter companheiro foram protetores. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, as cardiovasculares e as cerebrovasculares têm associação independente com sintomas de depressão. **Conclusões:** Esses resultados corroboram a hipótese de que a doença vascular seja um fator de risco para o comprometimento encefálico associado à depressão. Evidencia-se o importante papel dos agentes comunitários de saúde, na Estratégia Saúde da Família, com potencial utilidade nas políticas públicas para a saúde mental do idoso.

## Palavras-chave

Depressão, doença crônica, idoso, atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the association between non-communicable chronic diseases and sociodemographic factors with symptoms of depression in elderly. **Methods:** Transversal study conducted with 1,391 elderly patients registered in the Family Health Strategy. Social-demographic and non-communicable chronic diseases data were collected by community health agents. Geriatric Depression Scale abbreviate was used to investigate symptoms of depression. **Results:** About 81% of all patients reported at least one non-communicable chronic disease. Symptoms of depression was associated with women, coronary disease, cardiac insufficiency and cerebrovascular accident; education  $\geq 8$  years and having a companion were shown to be protecting factors. **Conclusions:** Cardiovascular and cerebrovascular non-communicable chronic diseases are independently associated with depression. These results support the hypothesis that vascular disease is a risk factor for brain impairment associated with depression. This research illustrates the role of community health agents within Family Health Strategy as a tool for public mental health policy.

## Keywords

Depression, chronic disease, aged, primary health care.

Recebido em  
19/7/2016  
Aprovado em  
14/3/2017

DOI: 10.1590/0047-208500000149

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

Endereço para correspondência: Vanessa Sgnaolin  
Av. Ipiranga, 6681, Prédio 81,  
sala 703, Jardim Botânico  
90610-000 – Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: vanessasgnaolin@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são as principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo<sup>1</sup>. Essas doenças são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais, sendo que 3/4 desse total ocorrem em países de baixa e média renda como o Brasil<sup>1</sup>. Além disso, é nesse grupo de países que ocorre um maior número de mortes antes dos 70 anos, já que o acesso à saúde preventiva e os tratamentos dessas patologias são limitados, contribuindo para uma menor expectativa de vida<sup>1</sup>.

A coexistência de DCNT aumenta esses riscos, trazendo o conceito de multimorbidade como um fator de maior preocupação. Esse perfil epidemiológico característico de populações mais carentes tem consequências econômicas e administrativas diretas, tanto no setor público quanto privado, exigindo adaptações, que são urgentes, principalmente nas políticas públicas de saúde<sup>2</sup>.

As doenças mentais estão entre as DCNT que mais diretamente causam incapacidade e pioram a qualidade de vida, com grande impacto também para os familiares<sup>3</sup>. Entre elas, a mais prevalente em idosos é a depressão. Em relação à depressão, existe uma forte associação bidirecional com DCNT, sendo a depressão considerada fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas, como diabetes e síndrome coronariana, ou como consequência no agravamento da doença, como, por exemplo, a alta prevalência de depressão após um acidente vascular cerebral (AVC), o que impacta muito na incapacidade, na qualidade de vida e na mortalidade do indivíduo<sup>4-6</sup>.

O transtorno depressivo maior (TDM) é um distúrbio do humor que acomete pessoas de qualquer faixa etária. No idoso o TDM tem etiologia e formas de apresentação heterogêneas porque envolve aspectos biológicos associados a fragilidade, comorbidades, aspectos psicológicos relativos a viuvez, mudança de papéis na família e na sociedade e aspectos sociais relacionados com a solidão<sup>7</sup>. Para essa doença, a prevalência no idoso varia de 4,7% a 36,8%<sup>8</sup>. Essa variação pode ocorrer devido aos diferentes instrumentos validados que são utilizados para rastrear e detectar os sintomas de depressão em idosos.

Esse cenário adverso atinge com maior intensidade aqueles indivíduos que moram em regiões de risco e vulnerabilidade, os quais não possuem seguro de saúde e dependem exclusivamente da oportunidade de receberem uma cobertura de cuidados no nível da atenção básica (AB) a partir das equipes da estratégia saúde da família (ESF). Sabe-se que a depressão é subnotificada pelos pacientes, principalmente entre os idosos, e por isso cerca de 50% dos casos de TDM não são detectados na AB<sup>9</sup>. Por essa razão, acreditamos em iniciativas que investigam informações relevantes de saúde mental, por meio da busca ativa com baixo custo, es-

timulando a participação da estrutura da ESF. A participação dos agentes comunitários de saúde nessas atividades parece promissora tanto para o aprimoramento da assistência quanto para a geração de dados de saúde mental relevantes, que podem gerar melhorias no próprio âmbito da AB<sup>10</sup>. Nossa hipótese é de que esse tipo de modelo que integra assistência e pesquisa traga resultados importantes sobre a saúde mental do idoso e fortaleça a cooperação entre a AB e centros terciários como as universidades.

Assim, o objetivo do presente estudo é investigar a associação das doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos com sintomas de depressão em idosos cadastrados na ESF.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal de base populacional, em indivíduos com 60 anos ou mais, atendidos pela ESF no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A população estudada faz parte do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE), uma parceria da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, cujo objetivo é fornecer suporte à rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis de atenção à saúde, por meio de um modelo de atenção à saúde mental. Nesse modelo, todos os indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos são cadastrados e acompanhados por instrumentos de triagem para depressão.

Neste estudo, foram incluídos 1.391 idosos, cadastrados em uma das 38 equipes da ESF da área de abrangência da PUCRS, no município de Porto Alegre, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2014. Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção de um idoso com sintomas de depressão para cada três idosos sem tais sintomas. Foi encontrado um tamanho amostral de 1.328 indivíduos, para uma frequência de 70% e uma diferença de frequência de DCNT de 10% entre os grupos (alfa de 5% e poder de 90%).

Os dados foram coletados no prontuário do PENGE. O instrumento utilizado no programa é a versão de 15 itens da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)<sup>11</sup>, para avaliar sintomas depressivos<sup>12</sup>. O referido instrumento já foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e aplicado por agentes comunitários de saúde previamente treinados. As 15 perguntas que contemplam o instrumento têm respostas simples, negativas ou afirmativas. A pontuação pode variar de 0 a 15. Para a classificação foram utilizados os seguintes pontos de corte: normal – entre 0 e 4; limítrofe – entre 5 e 7; alterado – entre 8 e 15. Uma pontuação a partir de 8 na EDG-15 foi considerada alterada com a finalidade de priorizar sua especificidade para o rastreamento de TDM, diferentemente de outros

estudos os quais sugerem ponto de corte de 5/6 para esse instrumento<sup>13,14</sup>. Para mais esclarecimentos, os atuais critérios para o diagnóstico e classificação do TDM se encontram na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais<sup>7</sup>.

As variáveis sociodemográficas foram sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), cor (branca, parda, negra e outras), anos de estudo (0-3, 4-7 e 8 anos ou mais), estado civil (solteiro, casado, separado e viúvo), tem companheiro (não e sim), renda (sem renda, até 1, mais do que 1 e até 4 e mais do que 4 salários-mínimos). As DCNT foram identificadas por autorrelato, seja por pergunta direta (sim ou não) referente a ter algumas das seguintes DCNT: hipertensão arterial (HAS), diabetes (DM), doença coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), câncer, reumatismo/artropatia, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença da tireoide e outras (arritmia cardíaca, aneurisma de aorta, doença de chagas, hepatite, cirrose, AIDS, epilepsia, gastrite crônica, insuficiência renal, psoríase, incontinência urinária e gota). Não foram consideradas as doenças agudas autolimitadas e a depressão por ser a variável desfecho estudada.

Os resultados foram tabulados pelo programa de digitalização e leitura de dados TeleForm (Cardiff, Version 10.5.1, Chicago, USA) e, posteriormente, analisados pelo programa estatístico SPSS versão 17. As variáveis foram descritas por frequências, médias e desvios-padrões. Para verificar a associação das DCNT com as características sociodemográficas e do EDG-15 com as DCNT foi utilizado, na análise bivariada, o teste de qui-quadrado de Pearson, e para as variáveis polítmicas ordinais, o teste de tendência linear do qui-quadrado. Na análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, com análise robusta, que teve como critério de inclusão as variáveis com  $P < 0,300$ . Foi considerado significativo os valores de  $P < 0,05$ .

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, parecer número 826.858, seguindo a Resolução 466/12.

## RESULTADOS

Foram avaliados 1.391 idosos cadastrados no PENCE de janeiro de 2013, quando foi implementado o prontuário eletrônico, a outubro de 2014. A idade variou de 60 a 105 anos, com média e desvio-padrão de  $69,7 \pm 7,8$  anos. Destes, aproximadamente 70% eram do sexo feminino, 68% se declararam branco, 77% não tinham ensino fundamental completo e 57% tinham renda de até 1 salário-mínimo. Apenas 18,7% não referiram doença crônica e 47,5% referiram duas ou mais (Tabela 1). Foi observada maior frequência de doença crônica com idade avançada ( $P < 0,001$ ) e menor escolaridade ( $P = 0,004$ ), e menor frequência de doença crônica entre os solteiros ( $P = 0,001$ ).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas e frequência de doenças crônicas, de acordo com estas variáveis, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre

Variável	Distribuição da população n (%)	Doenças crônicas não transmissíveis			P
		Nenhuma (%)	Uma (%)	Duas ou + (%)	
<b>Sexo</b>					
Masculino	446 (32,1)	21,1	31,2	47,8	0,188 <sup>§</sup>
Feminino	945 (67,9)	17,6	35,0	47,4	
<b>Faixa etária</b>					
60-69	783 (56,3)	23,2	33,2	43,6	< 0,001*
70-79	426 (30,6)	14,3	33,3	52,3	
80 ou +	182 (13,1)	9,3	37,4	53,3	
<b>Cor<sup>§</sup></b>					
Branca	928 (68,4)	19,9	33,7	46,3	0,692 <sup>§</sup>
Parda	211 (15,5)	17,1	35,5	47,4	
Negra	187 (13,8)	16,6	31,6	51,9	
Outra	31 (2,3)	12,9	32,3	54,8	
<b>Anos de estudo<sup>§</sup></b>					
0 a 3	557 (41,2)	17,2	30,9	51,9	0,004*
4 a 7	489 (36,2)	18,4	35,0	46,6	
8 ou +	306 (22,6)	22,9	35,3	41,8	
<b>Estado civil<sup>§</sup></b>					
Solteiro	244 (18,0)	25,0	34,8	40,2	0,001 <sup>§</sup>
Casado	543 (40,0)	20,6	32,0	47,3	
Separado	148 (10,9)	20,9	30,4	48,6	
Viúvo	422 (31,1)	12,1	37,4	50,5	
<b>Tem companheiro<sup>§</sup></b>					
Não	705 (53,4)	20,4	33,5	46,1	0,318 <sup>§</sup>
Sim	615 (46,6)	17,2	34,0	48,8	
<b>Renda<sup>§</sup></b>					
Sem renda	85 (7,1)	22,4	31,8	45,9	0,723*
Até 1 SM	598 (49,8)	18,1	31,9	50,0	
Mais que 1 até 4	497 (41,4)	18,5	32,6	48,9	
Mais que 4 SM	20 (1,7)	20,0	25,0	55,0	
<b>TOTAL</b>	<b>1391 (100)</b>	<b>18,7</b>	<b>33,8</b>	<b>47,5</b>	

Valores de P calculados pelo teste Qui-quadrado de Pearson<sup>§</sup> ou pelo teste de tendência linear do Qui-quadrado\*.

<sup>§</sup> Não havia informação de raça em 34 idosos, de escolaridade em 39 idosos, de estado civil em 34 idosos, da existência de companheiro em 71 idosos e da renda em 191 idosos. SM: salários-mínimos.

A Tabela 2 mostra a distribuição das DCNT referidas e a frequência dos resultados da escala de sintomas depressivos (EDG-15), de acordo com as doenças. Dos idosos estudados, aproximadamente 21% tiveram EDG-15 alterado. O resultado da EDG-15 foi normal em aproximadamente 72% dos idosos sem doença crônica e 56% daqueles com alguma doença crônica ( $P < 0,001$ ). As seguintes doenças apresentaram associação significativa ( $P < 0,05$ ) com o resultado da escala de sintomas depressivos: HAS, DM, doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC.

**Tabela 2.** Distribuição das doenças crônicas referidas e frequência do resultado da escala de sintomas depressivos (EDG-15), de acordo com essas doenças, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre

Variável	Distribuição da população n (%)	EDG-15			P
		Normal (%)	Limitrofe (%)	Alterado (%)	
<b>DCNT</b>					
Sim	1131 (81,3)	55,9	21,8	22,4	< 0,001
Não	260 (18,7)	71,9	11,9	16,2	
<b>Hipertensão arterial sistêmica</b>					
Sim	985 (70,8)	55,4	21,8	22,7	< 0,001
Não	406 (29,2)	67,2	15,3	17,5	
<b>Diabetes mellitus</b>					
Sim	376 (27,0)	50,0	27,4	22,6	< 0,001
Não	1015 (73,0)	62,2	17,1	20,7	
<b>Doença coronariana</b>					
Sim	255 (18,3)	36,5	25,9	37,6	< 0,001
Não	1136 (81,7)	63,9	18,6	17,5	
<b>Insuficiência cardíaca</b>					
Sim	186 (13,4)	43,0	23,7	33,3	< 0,001
Não	1205 (86,6)	61,3	19,3	19,3	
<b>Acidente vascular cerebral</b>					
Sim	146 (10,5)	40,4	26,0	33,6	< 0,001
Não	1245 (89,5)	61,0	19,2	19,8	
<b>Câncer</b>					
Sim	108 (7,8)	54,6	22,2	23,1	0,644
Não	1283 (92,2)	59,2	19,7	21,0	
<b>Reumatismo/Artropatia</b>					
Sim	43 (3,1)	62,8	23,3	14,0	0,481
Não	1348 (96,9)	58,8	19,8	21,4	
<b>Doença pulmonar obstrutiva crônica</b>					
Sim	38 (2,7)	44,7	28,9	26,3	0,182
Não	1353 (97,3)	59,3	19,7	21,1	
<b>Doença da tireoide</b>					
Sim	18 (1,3)	72,2	16,7	11,1	0,467
Não	1373 (98,7)	58,7	20,0	21,3	
<b>Outra DCNT</b>					
Sim	63 (4,5)	52,4	17,5	30,2	0,205
Não	1328 (95,5)	59,2	20,0	20,8	
<b>Total</b>	<b>1391 (100)</b>	<b>58,9</b>	<b>19,9</b>	<b>21,2</b>	

Valores de P calculados pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. EDG-15: Escala de Depressão Geriátrica de 15 perguntas.

O modelo final da análise multivariada mostrou maior prevalência de sintomas depressivos no sexo feminino e nos idosos com doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC e menor prevalência naqueles com ensino fundamental completo, que vivem com parceiro e nos viúvos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Modelo final da análise multivariada (regressão de Poisson)

Variável	RP	IC 95%	P
<b>Sexo</b>			
Masculino	1		
Feminino	1,72	1,31 - 2,26	< 0,001
<b>Anos de estudo</b>			
0 a 3	1		
4 a 7	0,81	0,64 - 1,02	0,077
8 ou +	0,68	0,50 - 0,91	0,010
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	1		
Casado	1,06	0,70 - 1,61	0,777
Separado	0,95	0,68 - 1,33	0,781
Viúvo	0,57	0,42 - 0,76	< 0,001
<b>Tem companheiro</b>			
Não	1		
Sim	0,62	0,41 - 0,93	0,021
<b>Doença coronariana</b>			
Não	1		
Sim	1,94	1,53 - 2,46	< 0,001
<b>Insuficiência cardíaca</b>			
Não	1		
Sim	1,33	1,02 - 1,74	0,035
<b>Acidente vascular cerebral</b>			
Não	1		
Sim	1,40	1,07 - 1,84	0,015

RP: razão de prevalência; IC 95%: intervalo de confiança a 95%.

## DISCUSSÃO

No presente trabalho foi realizado um levantamento das doenças crônicas autorreferidas e a associação destas com sintomas de depressão, detectados por instrumento de triagem aplicados por agentes comunitários de saúde na população idosa cadastrada na ESF do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi encontrada uma elevada prevalência de DCNT (81,3%), principalmente HAS (70,8%) e DM (27,0%), seguida das cardiovasculares. Na Pesquisa Nacional de Saúde (2013), inquérito populacional para doenças crônicas autorreferidas realizado em amostra aleatória de moradores de domicílios particulares, foi observada uma prevalência de HAS e DM em idosos do Rio Grande do Sul de 53,3% e 17,7%, respectivamente<sup>15</sup>. A prevalência mais elevada encontrada no presente estudo reflete provavelmente o fato de se tratar de uma população de baixa renda e escolaridade, tornando esses indivíduos, principalmente os com maior idade, mais vulneráveis à ocorrência de DCNT<sup>16,17</sup>. É importante ter cautela na interpretação desses achados

isoladamente, pois outros fatores podem estar associados com a ocorrência das DCNT. Os resultados, no entanto, são semelhantes a um levantamento realizado em idosos voluntários de uma comunidade carente do Rio de Janeiro, que identificou uma prevalência de HAS e DM de 83% e 32%, respectivamente<sup>18</sup>. Traduzem também a elevada mortalidade proporcional por DCNT no Brasil, que em 2007 foi de aproximadamente 75%<sup>19</sup>.

Com relação à depressão, 21,2% dos idosos apresentaram sintomas significativos com oito ou mais itens da EDG-15. Essa frequência de depressão é semelhante à de outros estudos nacionais de base populacional, embora a maioria destes tenha utilizado métodos diferentes de rastreamento e pontos de corte mais baixos na EDG-15, o que dificulta a comparação<sup>20-22</sup>. Em estudo de rastreamento com a EDG-15 aplicada por agentes comunitários de saúde em idosos cadastrados na ESF do município de Porto Alegre, foi encontrada uma frequência de 30,6% de depressão, com um ponto de corte de 5/6<sup>23</sup>. Em países industrializados, a estimativa da prevalência de sintomas de depressão também varia de acordo com o instrumento utilizado, mostrando prevalências de 25,0% na Espanha, e de 10% a 16% em outros países europeus e também no Canadá<sup>24</sup>.

Quanto a fatores sociodemográficos, o sexo feminino esteve independentemente associado com depressão. Alguns estudos de gênero que incluem transtornos mentais apontam que mulheres são mais suscetíveis à depressão, em virtude de isolamento social, privação de relações familiares, sobrecarga de funções da mulher, principalmente as por questões familiares e alguns fatores biológicos, como privação de estrogênio<sup>25,26</sup>. Escolaridade mais alta (oito anos de estudo ou mais), viver com um companheiro e viuvez foram identificados como fatores protetores neste estudo. É reconhecido que a baixa escolaridade e o analfabetismo parecem mais associados com sintomas depressivos<sup>23</sup>. Fernandes *et al.*<sup>27</sup> explicam que os idosos com maior escolaridade têm melhor acesso aos serviços de saúde, acarretando em melhores tratamentos médicos que, por sua vez, diminuem a prevalência desses sintomas. Relacionado a esse tema, Hoffmann *et al.*<sup>28</sup> verificaram que os idosos casados tinham menos chance de desenvolver depressão; outro estudo que identificou que 77,5% dos indivíduos deprimidos não tinham um companheiro<sup>21</sup>. Ademais, ter um companheiro pode ser considerado um fator de proteção psicossocial, melhorando o apoio mútuo e o enfrentamento de situações adversas. A relação negativa entre depressão e viuvez encontrada nesse estudo diverge da relação da maioria dos estudos nos quais viúvos apresentaram mais sintomas depressivos<sup>29</sup>, ou essa associação não é encontrada<sup>23,30</sup>, o que nos faz pensar que pode ser um resultado ao acaso. As variáveis ter companheiro e estado civil apresentam resultados distintos, pois foram questionamentos distintos.

Os achados mais importantes relacionados às doenças crônicas, no presente trabalho, são as associações independentes, nas quais idosos que referiram doença coronariana, AVC e insuficiência cardíaca tiveram uma prevalência de depressão 1,94, 1,40 e 1,33 vezes maior. Os fatores de risco para doenças vasculares, como HAS e DM, apresentam uma associação significativa na análise bivariada, mas não aparecem como fatores independentes no modelo final da análise. Já outras doenças, como câncer, artropatias, doenças respiratórias crônicas e doenças da tireoide, mesmo às vezes relacionadas a sofrimento psicológico, não mostraram associação com sintomas depressivos nem na análise bivariada.

Estudos prévios apontam relações de associação entre doenças crônicas e depressão em diferentes faixas de idade, incluindo adultos entre 20 e 59 anos<sup>31</sup>. Essas relações, no entanto, foram mais examinadas em doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Sintomas depressivos parecem estar associados a fatores comportamentais que aumentam atividade inflamatória vascular e incidência de doença coronariana<sup>32</sup>; e a depressão maior é considerada fator de risco independente para cardiopatia isquêmica<sup>33</sup>.

Uma importante metanálise que examinou 17 estudos prospectivos e um total de 206.641 indivíduos identificou que sintomas depressivos aumentam significativamente o risco de AVC e que esses achados podem ser independentes de outros fatores de risco como HAS e DM<sup>34</sup>. Terroni *et al.*<sup>35</sup> ressaltam a complexa relação entre AVC e depressão e vice-versa. Os autores descrevem que os sintomas depressivos e a própria depressão já podem ser diagnosticados na segunda semana pós-evento em 27% dos casos, e a prevalência aumenta de acordo com a gravidade das limitações que são impostas<sup>35</sup>. Diante disso, torna-se importante ressaltar que o AVC, assim como a maioria das DCNT, tem etiologia multifatorial e com diferentes prognósticos associados. No presente estudo, os idosos relataram somente se já haviam ou não enfrentado algum episódio de AVC.

Idosos acometidos por insuficiência cardíaca têm algum tipo de incapacidade, limitando atividades diárias de vida, convívio social, diminuição da qualidade de vida e talvez por essas razões desenvolvem quadros depressivos. No entanto, grande parte dos pacientes tem insuficiência cardíaca congestiva secundária à doença coronariana. Pena *et al.*<sup>36</sup> ressaltam em seu estudo que há um conjunto de mecanismos psicossociais e fisiopatológicos e concluem que a depressão é comum em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Já Lossnitzer *et al.*<sup>37</sup> verificaram que idosos com insuficiência cardíaca tinham alta chance de desenvolver um quadro depressivo após o primeiro episódio coronariano e aqueles que apresentavam depressão associada tinham piores prognósticos.

No presente modelo de análise multivariada, por se tratar de um estudo transversal no qual não se pode definir o que

é fator e o que é desfecho, a depressão pode ser interpretada como um fator de risco para doença coronariana, AVC e insuficiência cardíaca. Pelo fato de essas patologias estarem correlacionadas, a força de associação individual destas pode estar reduzida. Além do comprometimento vascular, essas patologias comprometem a adesão medicamentosa, aumentam o risco de outras DCNT, diminuem a variabilidade da frequência cardíaca e predispõem a coágulos, entre outras consequências<sup>36</sup>. Acredita-se haver uma relação bidirecional entre doenças crônicas e depressão. No entanto, uma verdadeira bidirecionalidade tem que ser apontada com cautela, tendo em vista que a síndrome depressiva configura um conjunto de alterações comuns decorrentes de diferentes etiologias, o que influencia a abordagem e o prognóstico.

A principal limitação do estudo foi que os diagnósticos de DCNT foram obtidos por autorrelato do entrevistado, do seu cuidador e/ou familiar ou ainda pelo agente de saúde que conduzia a entrevista. Apesar das limitações de um estudo transversal, tem como vantagem ser de base populacional e com um grande tamanho amostral, de ampla utilidade para sugerir associações e ajudar a definir ações de saúde pública.

## CONCLUSÕES

Os resultados aqui apresentados sugerem que, dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares e as cerebrovasculares e o sexo feminino têm uma associação independente mais evidente com depressão. Esses resultados corroboram com a literatura e sugerem a hipótese de uma possível relação da depressão como fator de risco para doença vascular e desta como fator de risco para o comprometimento encefálico associado à depressão. Em contrapartida, quem possuía mais anos de estudo teve menor chance de apresentar depressão. É importante destacar que uma pequena parcela dos indivíduos estudados possuía oito anos de estudo ou mais e que a maioria era de baixa escolaridade e vivia em situação socioeconômica desfavorável. Todos esses dados nos levam a evidenciar o importante papel da ESF e dos agentes comunitários de saúde, com potencial utilidade na detecção precoce de depressão e na elaboração de políticas de saúde pública que objetivem o envelhecimento com melhor qualidade de vida.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Amanda Ramalho Silva** – Elaboração do banco de dados e redação.

**Vanessa Sgnaolin** – Elaboração do banco de dados, redação, análise estatística e avaliação crítica do artigo.

**Eduardo Lopes Nogueira** – Redação e avaliação crítica do artigo.

**Fernanda Loureiro** – Redação e avaliação crítica do artigo.

**Paula Engroff** – Elaboração do banco de dados, redação, análise estatística e avaliação crítica do artigo.

**Irenio Gomes** – Elaboração do banco de dados, redação, análise estatística e avaliação crítica do artigo.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action (2015). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>>. Acesso em: 28 fev. 2015.
- Duncan BB, Chor D, Aquino EMLD, Benseñor IJM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(supl. 1):126-34.
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116820.
- Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, 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*. 2014;129(12):1350-69.
- Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(3):217-25.
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Brasil, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, Fernandez y Garcia E, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med*. 2011;9(5):439-46.
- Gomes I, Nogueira EL, Engroff P, Ely LS, Schwanke CHA, De Carli GA, et al. The multidimensional study of the elderly in the Family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *PAJAR*. 2013;1(1):20-4.
- Sheik J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986;5(1):165-72.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):918-23.
- Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noletto 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

16. Carvalho AK, Menezes AM, Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA, Perez-Padilla R, et al. Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the PLATINO study. *Cad Saude Publica*. 2012;28(5):905-12.
17. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. 2012;11(11):1006-12.
18. Lino VT, Portela MC, Camacho LA, Atie S, Lima MJ. Assessment of social support and its association to depression, self-perceived health and chronic diseases in elderly individuals residing in an area of poverty and social vulnerability in Rio de Janeiro city, Brazil. *PLoS One*. 2013;8(8):e71712.
19. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
20. 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 São Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90.
21. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):80-5.
22. 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.
23. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):368-77.
24. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:372-87.
25. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(2):43-54.
26. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):691-701.
27. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev Rene Fortaleza*. 2010;11(1):19-27.
28. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7.
29. Bandeira CB. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. *Rev Bras Med Fam Com*. 2008;4(15):189-204.
30. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):289-300.
31. 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.
32. Duivis HE, de Jonge P, Penninx BW, Na BY, Cohen BE, Whooley MA. Depressive symptoms, health behaviors, and subsequent inflammation in patients with coronary heart disease: prospective findings from the heart and soul study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(9):913-20.
33. Charlson FJ, Moran AE, Freedman G, Norman RE, Stapelberg NJ, Baxter AJ, et al. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. *BMC Med*. 2013;26;11:250.
34. Dong JY, Zhang YH, Tong J, Qin LQ. Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke*. 2012;43(1):32-7.
35. Terroni L, Amaro E, Iosifescu DV, Tinone G, Sato JR, Leite CC, et al. Stroke lesion in cortical neural circuits and post-stroke incidence of major depressive episode: a 4-month prospective study. *World J Biol Psychiatry*. 2011;12(7):539-48.
36. Pena FM, Modenesi RF, Piraciaba MC, Marins RM, Souza LB, Barcelos AF, et al. Prevalence and variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure. *Cardiol J*. 2011;18(1):18-25.
37. Lossnitzer N, Herzog W, Störk S, Wild B, Müller-Tasch T, Lehmkühl E, et al. Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. *Int J Cardiol*. 2013;167(2):502-7.