

Fatores associados a sintomas depressivos e risco de suicídio em idosos na atenção primária à saúde

Factors associated with depressive symptoms and suicide risk in the elderly in primary health care

Como citar este artigo:

Pessoa FGS, Sales JCS, Silva Junior AP, Gonçalves AMS, Silva Júnior FJG, Vieira CPB, et al. Factors associated with depressive symptoms and suicide risk in the elderly in primary health care. Rev Rene. 2026;27:e96904. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796904>

 Francisco Gauniê de Sousa Pessoa¹
 Jaqueline Carvalho e Silva Sales¹
 Agnelo Pereira da Silva Junior¹
 Angélica Martins de Souza Gonçalves²
 Fernando José Guedes da Silva Júnior¹
 Chrystiany Plácido de Brito Vieira¹
 Roberta dos Santos Avelino¹

¹Universidade Federal do Piauí.
Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Agnelo Pereira da Silva Junior
Rua Tabelaio Luiz Teofilo Machado, 141. Aeroporto.
CEP: 63020-725. Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
E-mail: agnelojr@ufpi.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Glauber Weder dos Santos Silva 

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados a sintomas depressivos e ao risco de suicídio em pessoas idosas assistidas na atenção primária à saúde. **Métodos:** pesquisa transversal realizada com 298 idosos atendidos por equipes urbanas da Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados formulário sociodemográfico e de saúde, a Escala de Depressão Geriátrica e o instrumento *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk*, aplicados por meio de entrevistas. As associações foram analisadas pelos testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Regressão de Poisson. **Resultados:** a prevalência de sintomas depressivos foi de 30,2%, com a maioria dos idosos apresentando baixo risco de suicídio. Sintomas depressivos associaram-se à viuvez, ao diagnóstico de diabetes mellitus, à presença de comorbidades e ao uso contínuo de fármacos. O risco de suicídio associou-se a ser solteiro, residir sozinho, possuir cuidador, ter glaucoma, apresentar sintomas depressivos e fazer uso de psicotrópicos. **Conclusão:** observou-se associação entre vulnerabilidades socioclinicas, sintomas depressivos e risco de suicídio na população idosa. **Contribuições para a prática:** os achados enfatizam a necessidade de qualificar os profissionais da atenção primária para o rastreamento precoce de vulnerabilidades. **Descritores:** Depressão; Suicídio; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with depressive symptoms and the risk of suicide in elderly people assisted in primary health care. **Methods:** cross-sectional study conducted with 298 elderly individuals attended by urban teams of the Family Health Strategy. Sociodemographic and health questionnaires, the Geriatric Depression Scale, and the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk instrument were used, administered thru interviews. The associations were analyzed using Pearson's Chi-square test, Fisher's Exact test, and Poisson Regression. **Results:** the prevalence of depressive symptoms was 30.2%, with the majority of the elderly presenting a low risk of suicide. Depressive symptoms were associated with widowhood, the diagnosis of diabetes mellitus, the presence of comorbidities, and the continuous use of medications. The risk of suicide was associated with being single, living alone, having a caregiver, having glaucoma, presenting depressive symptoms, and using psychotropic drugs. **Conclusion:** An association was observed between socio-clinical vulnerabilities, depressive symptoms, and suicide risk in the elderly population. **Contributions to practice:** the findings emphasize the need to qualify primary care professionals for the early screening of vulnerabilities.

Descriptors: Depression; Suicide; Health of the Elderly; Primary Health Care.

Introdução

Com o envelhecimento populacional, os idosos tornam-se mais vulneráveis a eventos de vida negativos, precariedade socioeconômica, doenças físicas e isolamento, fatores que favorecem o surgimento de transtornos mentais. Conceitualmente, os sintomas depressivos referem-se a manifestações de sofrimento psíquico, como tristeza persistente, anedonia e pessimismo, que comprometem severamente a qualidade de vida do ser humano, mesmo quando não preenchem todos os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior. Por sua vez, o comportamento suicida é compreendido como um fenômeno complexo que abrange desde a ideação suicida até o planejamento e a potencial execução do ato autoprovocado⁽¹⁾. Na população geriátrica, a presença de sintomas depressivos atua como um preditor crítico, aumentando expressivamente a probabilidade do risco de suicídio, o qual é agravado pela alta letalidade das tentativas nesse grupo etário⁽²⁾.

No cenário da atenção primária à saúde, a complexidade da saúde mental geriátrica evidencia-se pela forte intersecção entre determinantes sociais, arranjos familiares e condições clínicas crônicas. O mapeamento epidemiológico dessas vulnerabilidades consolida o entendimento de que agravos físicos e sociais são indissociáveis do sofrimento psíquico^(1,3).

Historicamente, condições como a polifarmácia, a multimorbidade e o isolamento social despontam como marcadores críticos para a deterioração da qualidade de vida e o agravamento do risco autoprovocado⁽²⁾. A despeito desse panorama bem estabelecido, o diagnóstico e o manejo na atenção primária ainda se mostram insuficientes, estimando-se que grande parte dos quadros não alcance intervenções tempestivas⁽³⁾. Essa defasagem assistencial é perpetuada por barreiras estruturais e culturais, destacando-se a escassez de tempo para escuta qualificada, a necessidade de capacitação contínua das equipes e o persistente estigma frente ao adoecimento mental⁽³⁻⁴⁾.

Apesar do crescente reconhecimento da depressão e do comportamento suicida como agravos urgentes na gerontologia, a literatura ainda apresenta lacunas quanto à compreensão de como essas múltiplas vulnerabilidades socioclínicas se sobrepõem e coexistem no cotidiano específico da Estratégia Saúde da Família, especialmente no Nordeste brasileiro⁽¹⁻⁴⁾. Mapear esse perfil epidemiológico, descentralizando o olhar da atenção psiquiátrica especializada para a porta de entrada do sistema, é fundamental para subsidiar o matriciamento em saúde mental e a implementação de protocolos de rastreamento ativo pelas equipes de saúde da família⁽⁵⁾.

Diante dessa lacuna, emerge a seguinte questão de pesquisa: quais são os fatores sociodemográficos e clínicos associados à presença de sintomas depressivos e ao risco de suicídio em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família? Nessa perspectiva, delimitou-se como objetivo deste estudo analisar os fatores associados a sintomas depressivos e ao risco de suicídio em pessoas idosas assistidas na atenção primária à saúde.

Métodos

Desenho e contexto do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado de novembro de 2023 a novembro de 2024, em 27 unidades básicas de saúde selecionadas na zona urbana de Teresina, Piauí, de modo a contemplar as quatro regiões administrativas do município, pertencentes às Diretorias Regionais de Saúde Centro-Norte, Leste, Sudeste e Sul. O delineamento seguiu as recomendações do guia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais.

A população do estudo foi composta por pessoas idosas (≥ 60 anos), de ambos os sexos, cadastradas e acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Teresina, Piauí. Foram in-

cluídos os idosos residentes nas áreas de abrangência das equipes sediadas nas unidades básicas de saúde selecionadas que apresentavam condições cognitivas para responder à entrevista, verificadas por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão adaptada para o Brasil, considerando os pontos de corte ajustados ao nível de escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com baixa e média escolaridade e 26 pontos para aqueles com alta escolaridade⁽⁶⁾. Foram excluídos os participantes que não alcançaram o escore mínimo estabelecido para o MEEM, conforme o nível de escolaridade, bem como aqueles que não foram localizados ou não compareceram após duas tentativas de agendamento da entrevista⁽⁶⁻⁷⁾. O recrutamento foi realizado individualmente antes das consultas de rotina, sendo as entrevistas conduzidas em salas reservadas das unidades básicas de saúde.

Foi realizada uma amostragem probabilística por conglomerados em múltiplos estágios, com estratificação inicial por base geográfica e partilha proporcional. No primeiro estágio, utilizou-se a divisão por Diretoria Regional de Saúde como estrato geográfico, realizando-se a distribuição proporcional do quantitativo de idosos. No segundo estágio, determinou-se o número de unidades básicas de saúde a serem sorteadas em cada Diretoria Regional de Saúde, mantendo-se a proporcionalidade local; o sorteio dessas unidades foi executado de forma aleatória com o auxílio do *software R (Project for Statistical Computing)*, versão 3.0.2. No terceiro e último estágio, realizou-se a seleção aleatória e proporcional dos idosos participantes dentro de cada uma das unidades previamente selecionadas, assegurando que o tamanho amostral final refletisse a estrutura populacional do território.

O cálculo amostral baseou-se na estimativa de prevalência de depressão em idosos de 16%⁽²⁾, adotando-se a fórmula para populações infinitas: $n = (z^2 \cdot p \cdot (1 - p)) / e^2$. Considerou-se um nível de confiança de 95% ($z = 1,96$) e um erro amostral tolerável de 5%

($e=0,05$), o que resultou em uma amostra mínima de 207 participantes. Para fins de representatividade e desenho amostral complexo, o tamanho da amostra final foi expandido para 298 participantes, distribuídos proporcionalmente pelas Diretorias Regionais de Saúde do território: Norte ($n=69$), Sul ($n=79$), Leste ($n=78$) e Sudeste ($n=72$). Para atingir esse quantitativo, realizou-se a distribuição proporcional do número de idosos dentro das unidades básicas de saúde de cada região, as quais foram selecionadas aleatoriamente, garantindo a representatividade de todo o território estudado.

Instrumentos e variáveis

Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos. O primeiro consistiu em um formulário sociodemográficos, elaborado pelos pesquisadores, contendo as variáveis idade, sexo, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, aposentadoria, composição domiciliar e presença de cuidador. O segundo foi a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), validada no Brasil, composta por 15 itens e escore total variando de 0 a 15 pontos, categorizada em ausência de sintomas depressivos (0 a 5), depressão leve ou moderada (6 a 10) e depressão grave (11 a 15). O terceiro instrumento foi o *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR), validado no Brasil, para avaliação do risco de suicídio, composto por 15 itens e classificação em baixo risco (0 a 5), risco intermediário (6 a 8), risco elevado (9 a 11) e risco muito elevado (≥ 12)⁽⁸⁻⁹⁾.

Mestrandos em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, vinculados ao macroprojeto "Práticas de cuidados no âmbito da saúde do idoso", realizaram a coleta de dados. A equipe passou por treinamento metodológico e ético para padronização dos procedimentos e mitigação de vieses, seguido imediatamente pela aplicação de um pré-teste.

A coleta de dados ocorreu por meio de entre-

vistas individuais realizadas em salas reservadas nas unidades básicas de saúde. Os dados foram exportados do *Google Forms* para planilha *Microsoft Excel* e analisados com o *software* SPSS, versão 22.0. Realizou-se análise descritiva com frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e médias e desvios-padrão para variáveis quantitativas. As associações entre variáveis sociodemográficas e os escores da GDS-15 foram testadas pelo Qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher, adotando-se nível de significância de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Considerando o enfoque do estudo no rastreamento e mapeamento em saúde mental, a estratégia analítica baseou-se inicialmente na investigação bivariada das associações socioclínicas, seguida pelo ajuste de modelos de Regressão de Poisson com variância robusta. A construção do modelo multivariado seguiu o critério de inclusão de variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada ($p < 0,05$), além daquelas com reconhecida plausibilidade teórica.

Aspectos éticos

Em relação aos idosos identificados com sintomatologia depressiva ou risco de suicídio durante a coleta de dados, adotou-se um protocolo de manejo imediato, consistindo no encaminhamento formal à equipe de referência para avaliação diagnóstica e acompanhamento clínico, visando salvaguardar a integridade e o bem-estar dos participantes vulneráveis.

A pesquisa foi conduzida conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão no estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com parecer nº 6.822.146/2024 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 77901224.4.0000.5214.

Resultados

Participaram do estudo 298 idosos, caracterizados por uma predominância de mulheres (66,1%), indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos (37,6%) e autodeclarados pardos (65,8%). Quanto ao perfil sociodemográfico, 51,3% dos participantes mantinham união estável ou eram casados e 38,9% apresentavam baixo nível de escolaridade. Quanto à renda familiar, a maioria vivia com até um salário mínimo (53,0%), sendo que 68,8% dos participantes eram aposentados ou recebiam benefícios. Questionados sobre com quem residiam, a maioria informou viver com cônjuges e/ou filhos (58,7%), além de responderem que possuíam cuidador (12,1%), sendo a maioria dos cuidadores os próprios filhos (72,2%).

Quanto às condições de saúde dos idosos, a maioria referiu ter comorbidades (88,3%), sendo mais presente o relato de hipertensão (66,8%), seguido de diabetes (35,6%), dislipidemias (25,8%), depressão (15,4%), além de doença de Parkinson (0,3%). Os idosos participantes possuíam de duas a quatro comorbidades (57,4%), usavam medicações (84,9%), em especial anti-hipertensivos (60,7%), antidiabéticos (25,2%) e psicotrópicos (18,5%). Destaca-se, ainda, que a maioria referiu fazer uso de um a quatro fármacos (65,1%).

Segundo a Escala de Depressão Geriátrica, 208 idosos não apresentaram sintomas depressivos (69,8%), enquanto 72 (24,2%) apresentaram sintomas depressivos leves e 18 (6,0%), sintomas depressivos graves. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi de 30,2%.

Na escala de risco de suicídio, avaliado por meio do instrumento NGASR, observou-se que 163 idosos apresentaram baixo risco (54,7%), 72 apresentaram risco intermediário (24,2%), 34 apresentaram risco elevado (11,4%) e 29, risco muito elevado (9,7%). A Tabela 1 apresenta a distribuição dos sintomas depressivos segundo os fatores sociodemográficos. Os resultados foram agrupados em ausência e presença de sintomas depressivos.

Tabela 1 – Associação dos fatores sociodemográficos a sintomas depressivos em idosos atendidos nas unidades básicas de saúde (n=298). Teresina, PI, Brasil, 2025

Variáveis	Nível de sintomas depressivos		p-valor
	Ausência n (%)	Presença n (%)	
Idade (anos)			
60 a 64	79 (70,5)	33 (29,5)	0,521*
65 a 69	52 (73,2)	19 (26,8)	
70 a 74	42 (62,7)	25 (37,3)	
≥75	35 (72,9)	13 (27,1)	
Gênero			
Masculino	76 (76,0)	24 (24,0)	0,121*
Feminino	131 (66,5)	66 (33,5)	
Cor e raça			
Branca	21 (63,6)	12 (36,4)	0,631†
Preta	41 (68,3)	19 (31,7)	
Parda	138 (70,4)	58 (29,6)	
Amarela	5 (100,0)	–	
Outro	3 (75,0)	1 (25,0)	
Situação conjugal			
Solteiro	32 (74,4)	11 (25,6)	0,039*
Casado/União estável	113 (73,9)	40 (26,1)	
Separado/Divorciado	29 (72,5)	11 (27,5)	
Viúvo	34 (54,8)	28 (45,2)	
Escolaridade (anos)			
Analfabeto	32 (58,2)	23 (41,8)	0,052*
Baixa (1 a <4)	79 (68,1)	37 (31,9)	
Média (≥4 a <8)	45 (71,4)	18 (28,6)	
Alta (≥8)	52 (81,3)	12 (18,8)	
Renda familiar (salário mínimo)			
Sem rendimento	3 (42,9)	4 (57,1)	0,548†
<1	112 (70,9)	46 (29,1)	
≥1 e <2	63 (67,7)	30 (32,3)	
≥2 e <5	26 (74,3)	9 (25,7)	
>5	4 (80,0)	1 (20,0)	
Aposentadoria/Benefício			
Sim	136 (66,3)	69 (33,7)	0,073*
Não	72 (77,4)	21 (22,6)	
Com quem reside			
Sozinho	29 (70,7)	12 (29,3)	0,109†
Com cônjuge e/ou filho(s)	130 (74,3)	45 (25,7)	
Com familiares	47 (59,5)	32 (40,5)	
Com amigo	2 (66,7)	1 (33,3)	
Tem cuidador			
Sim	21 (58,3)	15 (41,7)	0,160*
Não	187 (71,4)	75 (28,6)	
Grau de parentesco do cuidador			
Filho(a)	15 (57,7)	11 (42,3)	0,237†
Cônjuge	2 (100,0)	–	
Familiar/parente	4 (80,0)	1 (20,0)	
Outros	–	2 (100,0)	

*Qui-quadrado de Pearson; †Exato de Fisher

Verificou-se que condições de saúde dos idosos desta pesquisa, como ter diabetes mellitus (p=0,020), possuir uma comorbidade (p=0,021) e fazer uso contínuo de fármacos (p=0,012), estiveram significativa-

mente associadas à presença de sintomas depressivos.

Observou-se associação significativa entre o risco de suicídio e a situação conjugal solteira (p=0,027), residir sozinho (p=0,007) e ter cuidador (p=0,005), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Associação do risco de suicídio à caracterização sociodemográfica dos idosos atendidos nas unidades básicas de saúde (n=298). Teresina, PI, Brasil, 2025

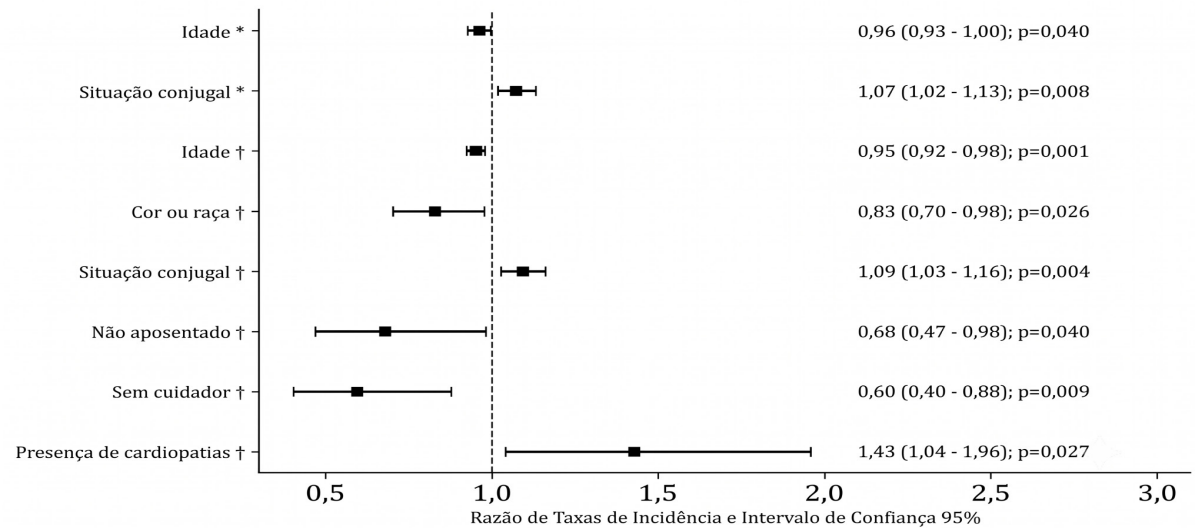
Variáveis	Nível de risco do NGASR				p-valor
	Baixo	Interme- diário	Elevado	Muito elevado	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (anos)					
60 a 64	60 (53,6)	25 (22,3)	12 (10,7)	15 (13,4)	0,372†
65 a 69	36 (50,7)	18 (25,4)	7 (9,9)	10 (14,1)	
70 a 75	39 (58,2)	16 (23,9)	10 (14,9)	2 (3,0)	
≥75	28 (58,3)	13 (27,1)	5 (10,4)	2 (4,2)	
Gênero					
Masculino	64 (64,0)	19 (19,0)	9 (9,0)	8 (8,0)	0,142*
Feminino	98 (49,7)	53 (26,9)	25 (12,7)	21 (10,7)	
Prefiro não responder	1 (100,0)	–	–	–	
Cor e raça					
Branca	13 (39,4)	12 (36,4)	2 (6,1)	6 (18,2)	0,129†
Preta	33 (55,0)	13 (21,7)	4 (6,7)	10 (16,7)	
Parda	111 (56,6)	45 (23,0)	27 (13,8)	13 (6,6)	
Amarela	4 (80,0)	1 (20,0)	–	–	
Outro	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	–	
Situação conjugal					
Solteiro	27 (62,8)	11 (25,6)	2 (4,7)	3 (7,0)	0,027†
Casado/União estável	94 (61,4)	32 (20,9)	16 (10,5)	11 (7,2)	
Separado/Divorciado	21 (52,5)	8 (20,0)	6 (15,0)	5 (12,5)	
Viúvo	21 (33,9)	21 (33,9)	10 (16,1)	10 (16,1)	
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	25 (45,5)	17 (30,9)	5 (9,1)	8 (14,5)	0,172†
Baixa (1 a 4)	63 (54,3)	28 (24,1)	13 (11,2)	12 (10,3)	
Média (5 a 8)	34 (54,0)	15 (23,8)	6 (9,5)	8 (12,7)	
Alta (≥9)	41 (64,1)	12 (18,8)	10 (15,6)	1 (1,6)	
Renda familiar (salário-mínimo)					
Sem rendimento	4 (57,1)	1 (14,3)	2 (28,6)	–	0,723†
<1	80 (50,6)	42 (26,6)	18 (11,4)	18 (11,4)	
≥1 e <2	53 (57,0)	21 (22,6)	10 (10,8)	9 (9,7)	
≥2 e <5	22 (62,9)	8 (22,9)	4 (11,4)	1 (2,9)	
>5	4 (80,0)	–	–	1 (20,0)	
Aposentadoria/Benefício					
Sim	108 (52,7)	48 (23,4)	25 (12,2)	24 (11,7)	0,304*
Não	55 (59,1)	24 (25,8)	9 (9,7)	5 (5,4)	
Com quem reside					
Sozinho	18 (43,9)	6 (14,6)	11 (26,8)	6 (14,6)	0,007†
Com cônjuge e/ou filho(s)	107 (61,1)	42 (24,0)	13 (7,4)	13 (7,4)	
Com familiares	36 (45,6)	24 (30,4)	10 (12,7)	9 (11,4)	
Com amigo	2 (66,7)	–	–	1 (33,3)	
Tem cuidador					
Sim	11 (30,6)	12 (33,3)	9 (25,0)	4 (11,1)	0,005†
Não	152 (58,0)	60 (22,9)	25 (9,5)	25 (9,5)	
Grau de parentesco cuidador					
Filho(a)	5 (19,2)	10 (38,5)	7 (26,9)	4 (15,4)	0,693†
Cônjuge	1 (50,0)	1 (50,0)	–	–	
Familiar/parente	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	–	
Outros	1 (50,0)	–	1 (50,0)	–	

*Qui-quadrado de Pearson; †Exato de Fisher; NGASR: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk

A análise das variáveis clínicas em relação ao risco de suicídio revelou que a maioria das comorbidades investigadas não apresentou associação estatisticamente significativa. Entretanto, a presença de sintomas depressivos apresentou associação com o risco de suicídio ($p<0,001$). Apenas 23,9% dos idosos com sintomas depressivos foram classificados com baixo risco, enquanto 76,1% distribuíram-se entre os níveis intermediário (37,0%), elevado (17,4%) e muito elevado (21,7%). O glaucoma também se associou ao nível de risco ($p=0,011$), com maior concentração de casos no risco intermediário (51,7%; $n=15$).

O número de comorbidades demonstrou associação significativa ($p=0,006$), evidenciando que a proporção de idosos com baixo risco reduziu de 73,2% entre aqueles com uma comorbidade para 34,7% entre os que possuíam cinco ou mais comorbidades. Por fim, o uso de psicotrópicos associou-se ao nível de risco ($p=0,001$), com apenas 29,1% ($n=16$) dos usuários classificados com baixo risco, em contraste com 20,0% ($n=11$) no risco muito elevado.

Observou-se associação estatisticamente significativa entre os escores das escalas GDS-15 e NGASR dos idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, evidenciando relação entre o nível de risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos ($p<0,001$), conforme a Tabela 3.



*Variáveis da Escala de Depressão Geriátrica; †Variáveis do instrumento *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk*

Figura 1 – Fatores sociodemográficos e clínicos associados aos escores da GDS-15 e ao nível do NGASR ($n=298$). Teresina, PI, Brasil, 2025

Tabela 3 – Associação da Escala de Depressão Geriátrica ao instrumento *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk* ($n=298$). Teresina, PI, Brasil, 2025

Nível de risco do NGASR	Nível de sintomas de depressão geriátrica		p-valor
	Ausência n (%)	Presença n (%)	
Baixo	143 (87,7)	20 (12,3)	<0,001*
Intermediário	41 (56,9)	31 (43,1)	
Elevado	16 (47,1)	18 (52,9)	
Muito elevado	8 (27,6)	21 (72,4)	

*Qui-quadrado de Pearson; NGASR: *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk*

A proporção de idosos com sintomas depressivos variou de 12,3% no grupo de baixo risco a 72,4% no grupo de risco muito elevado, demonstrando que quanto maior o risco de suicídio, maior a prevalência de sintomas depressivos.

Como desdobramento das associações iniciais identificadas na análise bivariada, e com o objetivo de avaliar os fatores independentemente associados aos desfechos do estudo, ajustaram-se modelos multivariados de Regressão de Poisson com variância robusta ($p < 0,05$). Os efeitos independentes foram medidos pela Razão de Taxas de Incidência e respectivos intervalos de confiança de 95%, conforme a Figura 1.

No modelo ajustado para a GDS-15, apenas duas variáveis mantiveram significância estatística. A idade atuou como fator protetor (Razão de Taxas de Incidência – IRR = 0,96; intervalo de confiança – IC 95%: 0,93-1,00; $p = 0,040$), indicando que pacientes mais velhos apresentaram maior tendência à ausência de sintomas. Em contraste, o avanço na situação conjugal, em direção à separação ou à viuvez, associou-se de forma independente a um agravamento do quadro depressivo (IRR = 1,07; IC 95%: 1,02-1,13; $p = 0,008$).

Para o nível do NGASR, a idade (IRR = 0,95; $p = 0,001$) e a cor/raça (IRR = 0,83; $p = 0,026$) apresentaram associação negativa, deslocando a expectativa de forma protetora para o risco baixo. Corroborando o modelo anterior, a situação conjugal também elevou o escore de vulnerabilidade (IRR = 1,09; $p = 0,004$). Indicadores de preservação da autonomia reduziram substancialmente o risco esperado: o fato de o paciente não ser aposentado (IRR = 0,68; $p = 0,040$) e não possuir cuidador (IRR = 0,60; $p = 0,009$). Por fim, a presença de cardiopatias destacou-se como o principal agravante clínico independente, elevando significativamente a propensão do paciente aos níveis de alto risco (IRR = 1,43; IC 95%: 1,04-1,96; $p = 0,027$).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que parcela expressiva dos idosos assistidos na atenção primária à saúde pela Estratégia Saúde da Família apresenta sintomatologia depressiva, o que reforça a centralidade desse nível de cuidado na abordagem diagnóstica e terapêutica dos sintomas depressivos⁽¹⁰⁾. Cerca de 80% das pessoas que consumam o suicídio buscam atendimento com profissionais da rede primária em períodos próximos ao evento fatal, dado que consolida o papel desse serviço no reconhecimento precoce de casos de risco elevado⁽¹¹⁾.

Alinhado a essa realidade assistencial, o perfil sociodemográfico mapeado nesta pesquisa revelou uma amostra majoritariamente feminina, ratificando o fenômeno da feminização da velhice já consolidado

na literatura. Esse fenômeno é frequentemente atribuído à maior longevidade das mulheres e à busca mais ativa por serviços de saúde. A faixa etária prevalente caracteriza uma população em fase inicial de envelhecimento, na qual estratégias de promoção da saúde mental podem gerar impactos significativos⁽¹¹⁾.

As condições econômicas e a rede de apoio configuram-se como fatores associados à modulação desses quadros⁽¹²⁾. A pesquisa revelou que a maioria dos idosos sobrevive com rendimentos limitados, embora residam acompanhados por cônjuge ou filhos. A precariedade de recursos financeiros em setores de baixa renda pode limitar as possibilidades de lazer e o acesso a redes de suporte diversificadas, agravando a vulnerabilidade emocional e dificultando o curso favorável do tratamento⁽¹²⁻¹³⁾. Adicionalmente, a escolaridade emergiu como um ponto crítico de vulnerabilidade, visto que parte da amostra possui baixa instrução formal ou é analfabeta. Níveis reduzidos de instrução estão associados a piores desfechos clínicos e a dificuldades na autogestão do cuidado⁽¹³⁾.

No tocante à prevalência de sintomas depressivos, os indicadores mostram que uma parcela considerável da população estudada vivencia algum nível de sofrimento psíquico. A detecção precoce desses estados é dificultada pela tendência de naturalizar a tristeza no processo de envelhecimento, o que pode resultar em diagnósticos tardios e impedir o início de intervenções tempestivas na atenção primária⁽¹³⁾. Para além dessa barreira diagnóstica, faz-se necessário identificar os determinantes sociais envolvidos nesse cenário; com efeito, a situação conjugal demonstrou ser um fator associado tanto aos sintomas depressivos quanto à ideação suicida⁽¹⁴⁾. A associação entre a condição de viúvo e a presença de sintomas depressivos indica que a perda do parceiro configura um evento de vida estressor de grande impacto. Em contrapartida, a condição de solteiro foi associada ao risco de suicídio, reforçando que os vínculos afetivos atuam como fator de proteção social na terceira idade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A complexidade clínica da população idosa é ilustrada pela prevalência de comorbidades, o que

impacta negativamente a saúde física e mental⁽¹⁶⁾. A hipertensão arterial foi a doença mais frequente, seguida pelo diabetes mellitus. Verificou-se uma sobreposição estatística entre o diagnóstico de diabetes e a presença de sintomas depressivos⁽¹⁶⁾.

Quanto ao perfil farmacológico, a utilização de medicações de forma contínua sugere uma relação direta com sintomas depressivos. O uso de psicotrópicos exige monitoramento medicamentoso e acompanhamento psicossocial⁽¹⁷⁾. Por fim, observou-se relação crescente entre a presença de sintomas depressivos e o nível de risco de suicídio na velhice.

Paralelamente, os resultados demonstram que uma proporção considerável da amostra apresenta vulnerabilidade ao suicídio, variando entre riscos intermediário, elevado e muito elevado⁽¹⁶⁾. O uso de escalas validadas permite que a equipe multidisciplinar estabeleça prioridades de atendimento, garantindo uma vigilância mais rigorosa para aqueles em situações de comprometimento funcional e psiquiátrico⁽¹⁸⁾.

O isolamento social manifestado pelo ato de residir sozinho apresentou associação com o risco elevado de suicídio. A desconexão com familiares e amigos é reconhecida como um fator que potencializa o sentimento de solidão e o sofrimento psíquico, transformando o isolamento em um marcador de vulnerabilidade para a mortalidade e o desenvolvimento de condições neuropsiquiátricas⁽¹⁹⁾. Outro aspecto relevante refere-se à associação entre a presença de um cuidador e o aumento do risco de suicídio⁽²⁰⁾.

Essa vulnerabilidade relacional torna-se ainda mais complexa quando associada a declínios na saúde física; nesse sentido, o glaucoma também se mostrou significativamente associado ao risco de suicídio. Condições que afetam a visão comprometem a funcionalidade e aumentam a insegurança em atividades cotidianas básicas, como a locomoção⁽²⁰⁾. A ameaça da perda sensorial atua como um estressor persistente que agrava o sofrimento psíquico, favorecendo o desenvolvimento de transtornos mentais devido à redução da interação com o ambiente externo e ao aumento do risco de quedas⁽²¹⁾.

Ao analisar os modelos multivariados, observa-se que os determinantes do sofrimento psíquico e do risco de suicídio na população idosa perpassam uma intrínseca rede de fatores biológicos, sociais e clínicos. Um achado deste estudo foi o papel protetor desempenhado pelo avanço da idade tanto para os sintomas depressivos quanto para o risco de suicídio.

Embora o envelhecimento biológico seja frequentemente associado ao declínio geral, a literatura aponta que idosos mais velhos tendem a desenvolver maior resiliência emocional, estratégias de enfrentamento mais eficazes e menor reatividade a estressores cotidianos em comparação a idosos mais jovens, justificando a menor propensão a quadros depressivos graves e ideias de risco nessa faixa etária⁽²²⁾.

Em contrapartida, as variáveis ligadas à estrutura social e à perda de autonomia emergiram como fortes preditores independentes de vulnerabilidade. Uma delas é o estado civil, cujo avanço em direção à separação e à viuvez se consolidou como fator de agravamento tanto para a depressão quanto para o risco de suicídio. A dissolução do vínculo conjugal priva o idoso de sua principal fonte de suporte social e validação emocional diária, desencadeando sentimentos de desamparo que potencializam o sofrimento psíquico⁽²³⁾.

Essa necessidade de preservação do papel social e da independência é reforçada pelas associações protetoras identificadas: idosos não aposentados e que não possuíam cuidador apresentaram menor risco de suicídio. Permanecer inserido no mercado de trabalho ou em atividades produtivas confere ao idoso um senso de utilidade, propósito e engajamento social, enquanto a ausência de um cuidador reflete a manutenção da capacidade funcional e da autodeterminação. Inversamente, a necessidade de um cuidador muitas vezes sinaliza uma transição abrupta para a dependência física ou cognitiva, o que compromete severamente a autoimagem do indivíduo e eleva sua vulnerabilidade psicológica⁽²⁴⁾.

Por fim, no âmbito clínico, a presença de cardiopatias destacou-se como o principal agravante

independente para o alto risco de suicídio, elevando a propensão em 43%. As doenças cardiovasculares impõem limitações físicas severas, dor crônica, medo constante da morte iminente e uma expressiva redução na qualidade de vida. Ademais, processos inflamatórios sistêmicos e alterações neuroendócrinas típicas das cardiopatias crônicas exacerbam disfunções neuropsiquiátricas, tornando esses pacientes alvos prioritários para o rastreo e a intervenção precoce na atenção primária⁽²⁵⁾.

Diante das associações elencadas, ressalta-se o papel da atenção primária à saúde no cuidado da saúde mental da população idosa. A Estratégia Saúde da Família, por meio da capilaridade e do vínculo territorial, configura-se como o ambiente para o rastreamento precoce do sofrimento psíquico. Para que esse rastreo transcenda a identificação e resulte em cuidado efetivo, faz-se necessário o fortalecimento do matriciamento e a qualificação das equipes para a condução de casos de saúde mental no território.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento metodológico. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer inferências causais ou de temporalidade entre as variáveis e os desfechos estudados. Embora a amostragem probabilística implementada garanta a robustez e a representatividade dos dados territoriais, o uso de questionários baseados no autorrelato impõe o risco de viés de informação, especialmente ao abordar temas sensíveis como saúde mental e comportamento de risco na terceira idade.

Ademais, é importante considerar a limitação em inferir a temporalidade das associações observadas; devido ao delineamento transversal, não é possível determinar se os sintomas depressivos antecedem o risco de suicídio, se coexistem ou se ambos são influenciados por vulnerabilidades comuns.

Contribuições para a prática

Os achados enfatizam a necessidade de que o cuidado ao idoso na atenção primária seja repensado para incluir a esfera psicossocial de forma sistemática. É fundamental que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família utilizem estratégias educativas sensíveis ao contexto sociocultural e ao letramento de cada indivíduo para lidar com situações estressantes.

Conclusão

Conclui-se que existe associação significativa entre a presença de sintomas depressivos e condições como viuvez, diabetes mellitus e uso contínuo de fármacos na população idosa investigada. O risco de suicídio, por sua vez, demonstrou associação com a ausência de vínculo conjugal, morar sozinho, ter cuidador e usar psicotrópicos. Tais achados evidenciam o perfil de vulnerabilidades coexistentes nessa população e sublinham a importância estratégica da atenção primária à saúde. Torna-se fundamental o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família por meio da implementação de protocolos de rastreamento ativo de saúde mental, capacitação das equipes e fomento ao matriciamento, visando intervir precocemente nas vulnerabilidades biopsicossociais do envelhecimento.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Pessoa FGS, Sales JCS, Silva Junior AP, Gonçalves AMS, Silva Júnior FJG, Vieira CPB, Avelino RS.**

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados está disponível no corpo do artigo, não havendo restrição de acesso.

Referências

1. Opoku R, Mensah AK, Nath M. The impact of multimorbidity on suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025;95:80-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2025.04.008>
2. Sguerri VS, Castro-Costa É, Loyola Filho AI. Depressive symptoms among Brazilian elderly people: a study based on the National Health Survey - 2019. *Ciênc Saúde Colet*. 2025;30:e00362024. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232025307.00362024EN>
3. Corrêa LP, Santos PL, Nakao RT, Araújo MMF. A pessoa idosa como cuidadora informal de outro idoso: sobrecarga, depressão e dependência. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2024;29:e139477. doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.139477>
4. Alothman D, Lewis S, Fogarty AW, Card T, Tyrrell E. Primary care consultation patterns before suicide: a nationally representative case-control study. *Br J Gen Pract*. 2024;74(744):e426-e433. doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0509>
5. Merss CE, Cunha JAP, Mahl G, Braga CG. Rastreamento em Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde: percepções coletivas e partilha de experiências — um estudo piloto. *Interface (Botucatu)*. 2025;29:e250317. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.250317>
6. Valente LV, Sampaio ACPF, Goulart JCMR, Silva CE. Desenvolvimento de rastreio cognitivo para triagem de pacientes no serviço de reabilitação cognitiva em contextos de teleatendimento pela adaptação do Mini-Exame do Estado Mental. *Rev Saúde.com-Ciência [Internet]*. 2025 [cited May 11, 2026]. Available from: <https://revistascientificas.ifrj.edu.br/index.php/saudeeconsciencia/article/view/2600>
7. Veloso LUP, Monteiro CFS, Santos JC. Content validation for the Brazilian version of the Nurses Global Assessment of Suicide Risk Index. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20190330. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0330>
8. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2B):421-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
9. Grigoroglou C, van der Feltz-Cornelis C, Hodgkinson A, Coventry PA, Zghebi SS, Kontopantelis E, et al. Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: an individual participant data meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;71:27-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.04.004>
10. Pearson A, Saini P, Cruz D, Miles C, While D, Swinson N, et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825-32. doi: <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X472881>
11. Moreno X, Gajardo J, Monsalves MJ. Gender differences in positive screen for depression and diagnosis among older adults in Chile. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):54. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02751-y>
12. Buckman JEJ, Saunders R, Stott J, Cohen ZD, Arundell LL, Eley TC, et al. Socioeconomic indicators of treatment prognosis for adults with depression: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(5):406-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0100>
13. Chelak K, Chakole S. The role of social determinants of health in promoting health equality: a narrative review. *Cureus*. 2023;15(1):e33425. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.33425>
14. Salari N, Najafi H, Rasoulpoor S, Canbary Z, Heidarian P, Mohammadi M. The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Humanit Soc Sci Commun*. 2025;12:985. doi: <https://doi.org/10.1057/s41599-025-05304-x>
15. Napoli DE, Keenoy JE, Gager CT, Gunn JF. The moderating role of age on perceived burdensomeness among U.S. adults with disabilities. *Aging Ment Health*. 2026;12:1-10. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2026.2664079>

16. Zhang Q, Wu L, Zhou J, Li N. The impact of social quality on the subjective well-being of older adults across cohorts in China: a methodological approach combining ordered logistic regression and random forest. *Asian J Soc Psychol.* 2026;29:e70088. doi: <https://doi.org/10.1111/ajsp.70088>
17. Diniz ER, Ferreira GFM, Cotta BSS, Chiodi VLS, Assumpção PV, Magalhães LL, et al. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com glaucoma atendidos em um serviço de referência em oftalmologia do estado de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais.* 2021;31:e31103. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210015>
18. Carneiro AM, Souto PHN, Guirado AG, Moreno RA, Dobson KS. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Cognitive Behavioral Avoidance Scale- CBAS in Brazilian adults. *J Behav Cogn Ther.* 2026;36(1):100550. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2025.100550>
19. Muhammad T, Mu CX, Srivastava S, Joseph VJK, Drishti D, Ali W, et al. Associations between widowhood status/duration, depression, and cognitive function among community-dwelling Indians age 60 years or older: exploration of sex and residential factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025;60(10):2401-17. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02950-z>
20. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berrouguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: literature review and perspectives. *Eur Psychiatry.* 2024;65(1):e65. doi: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
21. Torres JG, Peixoto AAP, Silva AMX, Assunção AJT, Pinheiro BM, Ramos BR, et al. Impacto do glaucoma na saúde mental e bem-estar dos pacientes geriátricos: uma análise abrangente. *J Med Biosci Res.* 2024;1(3):486-500. doi: <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.113>
22. Bungaro N, Quinto RM, Scoma L, Dattilo L, Imperatori C, Innamorati M, et al. Understanding suicide risk in mild cognitive impairment: a systematic review of suicide epidemiology in older adults. *Ann Gen Psychiatry.* 2026;25:24. doi: <https://doi.org/10.1186/s12991-026-00639-4>
23. Sáez-Sanz N, Sanchez-Lara E, Gonzalez-Perez R, Caracuel A, Peralta-Ramirez I. The psychological resilience of older adults is key to their independence in instrumental activities of daily living and social participation. *Brain Sci.* 2025;15(4):383. doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci15040383>
24. Seo Y, Kim HY, Choi K, Song S, Kim J. Contribution of chronic disease in predicting depression and suicidal ideation among the older adult population. *Psychiatry Investig.* 2025;22(9):1068-76. doi: <https://doi.org/10.30773/pi.2024.0106>
25. Szanto K, Prigerson HG, Stahl ST. Is social connection the solution for reducing widower suicide in late life? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2024;32(7):832-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.02.007>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons