

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Ana Eloiza Pereira Cardoso¹; Daniele Duarte Rodrigues¹; Elaine Cristina Bissolli da Silva Martins; Lucia Helena Galante¹; Luiz Augusto Oliveira dos Santos¹; Hellen Cristina Almeida Abreu de Lara²

¹Estudante do curso do Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

²Professora do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

RESUMO:

Introdução: A depressão em idosos é um distúrbio afetivo com forte impacto funcional. Apresentando diversos fatores de risco como precárias condições de socioeconômicas e condições de saúde. Em idosos, a depressão é frequentemente ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo do envelhecimento. **Objetivo:** Analisar a prevalência de sintomas de depressão e verificar associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde em idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Várzea Grande, Mato Grosso. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, foi realizado com pessoas de 60 anos ou mais por meio de questionário com dados sociodemográficos, condições de saúde e a Escala de Depressão Geriátrica. A análise de dados foi feita por meio de medidas de frequência simples e absoluta no Microsoft Excel. Para avaliar as associações foi realizada no Programa Epiinfo 7.2, em que foram calculadas razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência sintomas depressivos entre os idosos foi de 18,2%. Quando feita análise bivariada a baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, osteoporose, cardiopatia, uso de 3 ou mais medicamentos e ótima autopercepção de saúde foram associados a depressão em idosos. **Conclusão:** Dessa forma, é necessário a detecção precoce dos sintomas depressivos e fatores associados pois auxilia os profissionais da atenção básica a compreender a realidade e ainda minimizar os danos para a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Palavras chaves: Depressão; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento no Brasil e no mundo é um fenômeno mundial. O aumento do índice de taxa de envelhecimento hoje é considerado um processo que ocorre em todo o universo, de forma acelerada em países desenvolvidos como também em países de baixa renda. No Brasil, esse processo vem ocorrendo por vários motivos, de acordo com Soares (2009) como: redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, avanços nas condições de saúde pública, nas condições sociais e melhora no saneamento básico.

“O envelhecimento é definido como um processo multidimensional” (BALTES; BALTES, 1990). No entanto Ferrari (1999), diz que “o envelhecimento humano faz parte do ciclo vital é um processo pelo qual todos aqueles que prolongarem suas vidas passarão”. Contudo, o envelhecimento para cada indivíduo ocorre de uma maneira diferente, isso devido as circunstâncias biológicas, fisiológicas, econômicas, sociais, ambientais, históricas, culturais.

Existem várias doenças que acometem com mais frequência os idosos e que poderiam intervir na saúde dos mesmos, dentre elas estão: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cerebrovasculares e diabete Mellitus tipo II. Além disso, outra doença que mais atinge os idosos é a depressão, demonstra ser uma grande preocupação para a saúde pública pois leva o indivíduo a um sentimento de tristeza e isolamento social, podendo ter um desfecho infeliz com o suicídio. “No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%” (UNA-SUS/UFMA, 2017).

Acredita-se que vários fatores: biológicos, psicológicos e sociais. Atuando concomitantemente levem à doença. Fatores biológicos, como a presença de depressão em outros membros da família podem ser considerados predisponentes, enquanto fatores psicológicos e sociais, por exemplo, perda de um ente querido, perda de suporte social, pode desencadear um episódio de depressão. Sabe-se que na depressão há alterações no equilíbrio dos sistemas químicos do cérebro, principalmente nos neurotransmissores noradrenalina e serotonina (RENNÓ, 2016).

Existem inúmeros artigos que falam sobre a depressão e os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, segundo os mesmos, não existem causa específica mais várias, como as citadas anteriormente e aliadas a ela o sedentarismo (ALVARENGA et al., 2010; CARREIRA et al., 2011; RENNO, 2016). Esses estudos indicam a necessidade de incentivar os idosos para que façam atividades físicas, para que tenha uma alimentação saudável e tenham um bom convívio social, no intuito de contribuir para a prevenção da depressão. (CHAVES et al., 2016)

Dessa maneira, essa pesquisa surgiu a partir do conhecimento de que o Brasil é um dos países com maior taxa de envelhecimento e que a depressão está entre as doenças crônicas que mais afetam o idoso e sua capacidade funcional, tornado dependente e gerando um prejuízo social e econômico. Assim, esse estudo tem como objetivo analisar a prevalência de sintomas de depressão e verificar associação com fatores sociodemográficos e condições de saúde em idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Várzea Grande, Mato Grosso.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é de caráter transversal de abordagem quantitativa, e segundo Medronho et al. (2009) o método quantitativo se caracteriza pelo emprego de quantificações tanto na modalidade de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas de estatística desde as mais simples como a percentual, media desvio-padrão, as mais complexas como coeficiente de correlação e análise de regressão e entre outros. A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência. E investiga determinada doença em grupos de casos novos. É dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Dessa maneira, foram pesquisadas 292 pessoas com 60 anos ou mais que são atendidos pela Estratégia de Agentes Comunitários na UBS do Parque do Lago no município de Várzea Grande, Mato Grosso. Por meio de amostragem não probabilística por conveniência, esse cenário foi escolhido por apresentar maior quantidade de idosos e ainda com situação de vulnerabilidade. No entanto, foi excluído do estudo 01 idoso que apresentava dificuldades cognitivas e mentais que os impediam de responder aos questionamentos e tinha um acompanhante para responder em seu lugar, mas a mesma se recusou participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os dias de 04 a 30 de abril de 2018. Utilizando o questionário fechado, com dados sócios demográficos, condições de saúde e a Escala Abreviada de Depressão Geriátrica. Sendo realizada da seguinte maneira, foi feito reunião com a enfermeira da UBS do Parque do Lago, e a mesma montou uma escala de visita domiciliar aos idosos, com o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Na visita domiciliar os pesquisadores apresentaram ao idoso/família, com o crachá de identificação. Depois, esclareceram os objetivos da pesquisa e informaram como a entrevista seria realizada ressaltando a importância da participação dos idosos atendidos por esta UBS. Em seguida, foi realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecidas às dúvidas e solicitada a sua assinatura. As perguntas do

questionário foram dirigidas através pesquisadores e respondidas pelo idoso e quando necessário, familiar/cuidador auxiliaram nas respostas.

Os questionários foram codificados e digitados no programa Epiinfo versão 7. 2. Na análise descritiva, os dados foram realizados pelo Programa Excel por meio de tabelas de frequência. As variáveis qualitativas foram representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). As quantitativas serão representadas por médias, medianas e desvio padrão.

Na análise bivariada foi realizada no programa Epiinfo 7.2, foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) como medida de associação que foram identificadas as associações brutas entre a variável dependente depressão em idosos e as demais variáveis independentes. Para o cálculo da significância estatística da associação valores menores de 5% sendo ($p = \text{valor} < 0,05$), utilizou-se o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado.

A análise estatística dos dados foi utilizada como variável-resposta a medida da Escala de Depressão Geriátrica, dicotomizada, adotando-se como ponto de corte para a avaliação de sintoma depressivo o valor cinco. Idosos com valores abaixo de seis considerados normais, enquanto aqueles com valores acima ou igual a seis foram avaliados como portadores de sintomas depressivos. Este projeto foi submetido na Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do UNIVAG, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e aguarda aprovação.

RESULTADO

Participaram do presente estudo 292 idosos. Dentre eles, 53 apresentaram sinais de depressão o que corresponde a 18,2% da população estudada. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos 292 idosos estudados. A maioria deles era do sexo feminino (62%), na faixa etária de 60 a 69 anos e 48,6% casados. Em relação à escolaridade, a maior parte dos idosos (54,1%) possui primeiro grau do ensino fundamental e 59,6% declararam possuir renda de 1 salários mínimo, proveniente principalmente de aposentadoria.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo características sociodemográficas. Várzea Grande - MT, 2018.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	111	38,0
Feminino	181	62,0
Faixa etária		
60 – 69 anos	183	62,6
70 – 79 anos	83	28,4
80 anos ou mais	26	8,9
Estado conjugal		

Casado/união estável	142	48,6
Viúvo	93	31,8
Solteiro	14	4,8
Separado/ divorciado	43	14,7
Escolaridade		
Analfabeto	116	39,73
Primeiro Grau	158	54,1
Segundo Grau	15	5,1
Técnico/ Magistério	2	0,6
Superior	1	0,3
Renda		
Não possui	69	23,6
Menos de 1 SM	25	8,5
1 SM	174	59,6
2 SM	20	6,8
3 SM	4	1,3
Com quem mora		
Sozinho	37	12,7
Cônjuge	50	17,1
Cônjuge e filhos	48	16,4
Cônjuge, filhos, genro ou nora	47	16,1
Somente com filhos	64	21,9
Somente com os netos	24	8,2
Não familiares	6	2,0
Filho (s), genro ou Nora, neto	16	5,5
Total	292	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa- Várzea Grande,2018 (Unidade Básica de Saúde do Parque do Lago).

Em relação às condições de saúde, (80,8%) dos idosos reportaram ter problemas de saúde e os mais frequentes foram hipertensão arterial (67,1%); problema de coluna (20,2%); diabetes de mellitus (19,9%) e Artrite/Artrose (17,1%). A maioria dos idosos faz uso de algum remédio (81,2%), sendo que (65,1%) utilizam de um a dois medicamentos, os idosos também referiram não ter alterações no equilíbrio (64%), não ter alteração na marcha (59,6%), ter alteração distúrbios visuais (70,2%) e sem problemas auditivos (67,1%). E referiram auto percepção de saúde como boa (43,1%), (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo condições de saúde. Várzea Grande - MT, 2018.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Possui algum problema de saúde		
Sim	236	80,8
Não	56	19,2
Problemas de saúde referidos		
Nenhum	51	17,5
1 a 2	193	66,1
3 a 4	40	13,7
5 a 6	5	1,7
6 ou mais	3	1,3
Tipo de morbidade		
Hipertensão	196	67,1
Diabetes	58	19,9
Osteoporose	38	13,1
Artrite/artrose	50	17,1
Cardiopatía	21	7,2
Problema de coluna	59	20,2

Câncer	11	3,8
AVC	9	3,1
Parkinson	3	1
Alzheimer	2	0,7
Uso de medicamentos		
Sim	237	81,2
Não	55	18,8
Quantidade de medicamentos		
Nenhum	52	17,8
1 a 2	190	65,1
3 a 4	41	14,0
5 ou mais	9	3,1
Visão		
Sim	205	70,2
Não	87	29,8
Audição		
Sim	96	32,9
Não	196	67,1
Marcha		
Sim	118	40,4
Não	174	59,6
Equilíbrio		
Sim	105	36,0
Não	187	64,0
Atividade física		
Sim	66	22,6
Não	226	77,4
Auto percepção de saúde		
Ótima	34	11,06
Boa	126	43,1
Regular	109	37,3
Péssima	23	7,8
Escala de depressão geriátrica – GDS		
Menor ou igual a 5 (sem sintomatologia depressiva)	239	81,9
Maior que 5 (com sintomatologia depressiva)	53	18,1
Total	292	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa- Várzea Grande,2018 (Unidade Básica de Saúde do Parque do Lago).

Na análise bivariada, em relação a renda familiar do idoso até 01 salários mínimos (RP = 0,55; IC 95% = 0,28-1,15 p= 0,071) e ser viúvo (RP =1,60; IC 95% = 0,98-2,60; p=0,056) apresentaram a associação estatística limítrofe. A variável sociodemográfica associada à foi no nível de escolaridade ser analfabeto (RP =1,83; IC 95% =1,12-2,98; p=0,013) com a depressão em idosos.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos que apresentam sintomas de depressão segundo variáveis sociodemográficas. Várzea Grande, 2018.

Variáveis	Depressão (EDG)				RP (IC 95%)	p-valor
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	24	45,3	87	36,4		
Feminino	29	54,7	152	63,6	1,20 (0,74-0,45)	0,228
Faixa etária						
Até 69 anos	30	56,6	153	64,0		
70 anos e mais	23	43,4	86	36	1,28 (0,78-2,09)	0,313
Estado civil						
Casado	24	45,3	118	49,4		

Divorciado	05	9,4	38	15,9		
Solteiro	01	1,8	13	5,4		
Viúvo	23	43,4	70	29,3	1,60 (0,98-2,60)	0,056
Renda do idoso						
Não possui	8	15,1	61	25,5	0,55 (0,28-1,15)	0,071*
Menos de 1 SM	7	13,2	18	7,5		
1 SM	31	58,5	143	59,8		
2 SM	06	11,3	14	5,9		
3 SM	01	1,9	03	1,6		
Escolaridade						
Analfabeto	29	54,7	87	36,4	1,83 (1,12-2,98)	0,013*
Primeiro Grau	20	37,7	138	57,7		
Segundo Grau ou mais.	4	26,7	14	5,4		
Com quem mora						
Sozinho	4	7,5	33	13,8	0,56 (0,21-1,46)	0,155*
Com familiares	49	92,5	206	86,2		

RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança para a proporção de 95%; *teste de Fisher
 Fonte: Dados da Pesquisa- Várzea Grande,2018 (Unidade Básica de Saúde do Parque do Lago).

A tabela 4 contempla a distribuição dos idosos das condições de saúde e as variáveis que apresentaram associações estatísticas com o desfecho foi a hipertensão arterial (RP = 1,87; IC 95% = 1,00 - 3,46; p= 0,038), diabetes de mellitus (RP = 1,74; IC 95% = 1,04 - 2,90; p = 0,037), osteoporose (RP= 1,95; IC 95% = 1,13 - 3,37; p=0,021), cardiopatia (RP= 2,63; IC 95% = 1,50 - 4,63; p=0,002), fazer uso de 3 ou mais medicamentos (RP= 2,70; IC 95% = 1,68 - 4,33; p=<0,001) e auto percepção de saúde (RP = 2,99; IC 95% = 1,85 - 4,83; p=<0,001).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos que apresenta sintomas de depressão segundo condições de saúde. Várzea Grande – MT, 2018.

Variáveis	Depressão (EDG)				RP (IC 95%)	p-valor
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	N	%	N	%		
Possui algum problema de saúde						
Sim	39	73,6	197	82,4	0,66 (0,38-1,13)	0,139
Não	14	26,4	42	17,6		
Problemas de saúde referidos						
Nenhum	13	24,5	38	15,9		
1 a 2	28	52,8	165	64,0		
3 a 4	10	18,9	30	12,5	0,62 (0,035-1,08)	0,107
5 ou mais	2	3,8	6	2,8		
Tipo de morbidade						
Hipertensão Arterial						
Sim	42	79,2	154	64,4	1,87 (1,00-3,46)	0,038
Não	11	20,8	85	35,6		
Diabetes						
Sim	16	30,2	42	17,57	1,74 (1,04-2,90)	0,037
Não	37	69,1	197	82,4		
Osteoporose						
Sim	12	22,6	26	10,9	1,95 (1,13-3,37)	0,021
Não	41	77,3	213	89,1		
Artrite/artrose						
Sim	13	24,6	37	15,9	1,57 (0,91-2,71)	0,114

Não	40	75,5	202	84,5		
Cardiopatia						
Sim	9	16,9	12	5,0	2,63 (1,50-4,63)	0,002
Não	44	83,0	227	94,9		
Problema de coluna						
Sim	15	28,3	44	18,4	1,55 (0,92-2,63)	0,105
Não	38	71,7	195	81,5		
Câncer						
Sim	3	5,7	8	3,4	1,53 (0,56-4,15)	0,320*
Não	50	94,3	231	96,6		
AVC						
Sim	3	5,7	6	2,5	1,88 (0,72-4,91)	0,211*
Não	50	94,3	233	97,5		
Alzheimer						
Sim	1	1,9	1	0,42	2,78 (0,68-11,39)	0,330*
Não	52	98,1	238	99,6		
Uso de medicamentos						
Sim	47	19,8	190	79,5	1,81 (0,81-4,03)	0,122
Não	6	11,32	49	20,05		
Quantidade de medicamentos						
Nenhum	7	13,2	45	18,8		
1 a 2	34	64,1	156	65,3		
3 a 4	9	17,0	32	13,4	2,70 (1,68-4,33)	< 0,001
5 ou mais	3	5,6	6	2,5		
Visão						
Sim	37	69,8	168	70,3	0,98 (0,57-1,66)	0,544
Não	16	30,2	71	29,7		
Audição						
Sim	20	37,7	76	31,8	1,22 (0,75-2,02)	0,406
Não	33	62,2	163	68,2		
Marcha						
Sim	25	47,2	93	38,9	1,31 (0,80-2,14)	0,268
Não	28	52,8	146	61,1		
Equilíbrio						
Sim	20	37,7	85	35,6	1,07 (0,65-1,78)	0,776
Não	33	62,3	154	64,4		
Auto percepção de saúde						
Ótima	15	28,3	19	7,9	2,99(1,85-4,83)	< 0,001
Boa	16	30,2	110	46,0		
Regular	15	28,3	84	39,3		
Péssima	7	13,2	15	6,28		

RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança para a proporção de 95%; *teste de Fisher
 Fonte: Dados da Pesquisa- Várzea Grande,2018 (Unidade Básica de Saúde do Parque do Lago).

DISCUSSÃO

Neste estudo a prevalência de sintomas depressivos em idosos com 60 anos ou mais foi de 18,2%. Estudos nacionais de corte transversal realizados com a população idosa mostram que a prevalência de depressão está entre 5 e 50% no entanto varia de acordo com o instrumento utilizado e o local em que a população está inserida (LEBRÃO et. al., 2005; MACIEL; GUERRA, 2006; STOPA et. al, 2015; RENNÓ, 2016). Um estudo semelhante foi de Bretanha et al. (2015) que 18,0% dos idosos atendidos na atenção básica no município de Bagé do estado do Rio Grande Sul apresentaram sintomas depressivos.

Dessa forma, os sintomas de depressão no idoso são permeados por elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas pelas oscilações sentimentais do próprio envelhecimento e ao contexto social marcado pelo culto aos valores da juventude (HARTMANN; SILVA; BASTOS, 2009). Ademais, a depressão tem pior prognóstico e maior incidência de suicídios nos idosos, podendo, quando duradouros, interferir na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Além disso, encontrou-se associação de sintomas da depressão com idosos analfabetos. De acordo com Gonçalves et al. (2018) quanto à escolaridade, verificou-se uma relação similar com a ocorrência do desfecho, isto é, quanto menor escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de depressão. Stopa et al. (2015) relatam que a escolaridade e a pobreza podem ser um determinante dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada.

Entretanto, Gomes, Nascimento e Araujo (2007) reforça a hipótese de que as condições de vida, acompanhadas de condições sociais impróprias, sejam determinantes no aparecimento das doenças, pois levam a um estado de desesperança que favorece a incapacidade para lidar com situações estressoras e acontecimentos adversos e frustrantes. Dessa forma, a escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar na autoestima, motivando atitudes e comportamentos mais saudáveis, e sua falta diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando incapacidade de influenciar o meio, resultando em comprometimento da saúde (BRETANHA, 2015).

Em relação às condições de saúde, neste estudo a depressão em idosos associou-se com a presença de hipertensão, diabetes, osteoporose e cardiopatia. De acordo com Rozanski et al. (1999) considerou que entre a população estudada 30,0% era hipertensa e/ou diabética apresentaram sintomas depressivos, demonstrando a importância que haja um acompanhamento, porque os pacientes deprimidos colaboram menos com o tratamento, em virtude da falta de energia, iniciativa, desesperança e do déficit cognitivo associado à depressão, assim, possuem dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e a realização de exercícios.

A prevalência da depressão em sujeitos com doença cardiovascular nos últimos anos observou-se um crescimento dos estudos epidemiológicos de depressão e a investigação da associação com comorbidade cardiovascular (BLAY et al., 2007). Na população geral, a prevalência de transtorno depressivo maior para um período de seis meses é em torno de 6% (KESSLER et al., 2003). Segundo Thombs et al., (2006) estimou que em torno de 18% a 20% dos pacientes após o IAM ou pacientes com doença arterial

coronariana possuam transtorno depressivo maior. Além disso, as doenças cardíacas mais graves, a taxa eleva se para cerca de 50% quando se inclui o espectro da síndrome depressiva.

A depressão pode indiretamente comprometer o sistema cardiovascular intensificando outros fatores de risco. Pacientes com depressão apresentam maior dificuldade para realização de dietas, percepção distorcida quanto seu estado físico, baixa aderência ao tratamento e dificuldade de seguir orientações médicas. Na mesma direção, pacientes com depressão têm dificuldade de mudanças de hábitos e estilo de vida, como realização de atividades físicas e suspensão de tabagismo (BUSH et al., 2001; WHOOLEY et al., 2007).

De acordo com este estudo podemos afirmar que os fatores associados de depressão em idosos podem ser correlacionados pela quantidade de medicações. Os idosos que ingere o uso de três ou mais medicamentos diários de acordo com prescrições medicas, estão mais propensos a desenvolver quadros de sintomas depressivos, uma vez que devido os tipos de medicações ingeridas podem alterar seu estilo de vida e sua independência funcional. Fulton e Allen (2005) relata que uma definição que enfoca em saber se o medicamento deve ser clinicamente indicado pode ser mais apropriada do que o número de medicamentos ingeridos. O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime complexo de medicação. A polimedicação, é definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos medicamentos, além de apresentar riscos farmacológicos, predispõe os idosos à baixa adesão (MACLAUGHLIN et. al., 2005).

Outro achado desta investigação que teve a forte associação foi a ótima autopercepção de saúde com a depressão em idosos na análise bivariada, ou seja, tem a probabilidade estatisticamente de quatro vezes maior que outro idoso a ter sintomas depressivos. Pode-se dizer que é preocupante a avaliação que o indivíduo que considera sua autopercepção de saúde em ótimo ter sintomas depressivos e com mais chances que outros com a autopercepção ruim ou péssima, isso demonstra um alerta ao idoso que tem mais sintomas depressivos está mascarando sua vida para que diversos indivíduos não veja a veracidade do declínio moral e emocional associando assim aos idosos portadores de depressão (BRETANHA et al., 2015).

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 (MACIEL; GUERRA, 2006). Apesar de sua subjetividade, a percepção de saúde de um indivíduo, ou seja, a forma como ele se vê em relação ao seu estado geral, incluindo as dimensões biológica, psíquica e social, associa-se intimamente aos quadros depressivos.

Uma vez que elementos como perda das funções cognitivas, sexual e laboral, diminuição das relações sociais, sentimento de invalidez, entre outros, influenciam simultaneamente tanto a percepção de saúde como o surgimento de depressão, é justificável a associação entre ambas (COSTA; FIRMO; UCHOA, 2005).

O risco aumentado de depressão nas pessoas idosas com incapacidade torna essencial identificar os fatores que estão causando a limitação. Apatia, redução do prazer nas atividades sociais e retardo psicomotor diminuem a capacidade, de execução das atividades de vida diária, fazendo com que tarefas aparentemente simples passem a exigir quantidades excessivas de energia, tornando-se extremamente difíceis (STOPA et al., 2015). No entanto, de acordo com Côrteia et al. (2014) a associação de perda de parentes referenciais, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família; ser um peso morto e abandono são os principais motivos que levam as pessoas idosas a se suicidarem.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos entre os idosos foi de 18,2%. A baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, osteoporose, cardiopatia, uso de 3 ou mais medicamentos e ótima autopercepção de saúde foram associados a depressão em idosos. Esses resultados evidenciam a necessidade da detecção precoce dos sintomas depressivos, dessa forma, prevenindo seus efeitos negativos para a saúde e qualidade de vida desses idosos.

Contudo, os profissionais de saúde da atenção básica devem estar aptos para uma prática dirigida não apenas para detectar sintomas de depressão, mas qualquer outra alteração que o idoso possa apresentar, entendendo que velhice não é sinônimo de doença. Portanto, é importante a prática de consultas com uma avaliação multidimensional de modo mais abrangente e qualificado no atendimento a pessoa idosa.

Este estudo demonstrou importante para ajudar e difundir discussões sobre o referido tema, além de reafirmar a necessidade de mudanças na assistência ao idoso, enfatizando estratégias voltadas para a prevenção, intervenção em fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento da depressão. Apresenta-se como limitação do estudo a condução da pesquisa em apenas uma unidade básica de saúde, inviabilizando sua generalização, porém despertando o interesse pela realização de um estudo mais abrangente na região.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, v. 15, n.2, p. 217-24, 2010.

BLAY, S. L. et al. Depressão morbidade no final da vida: prevalência e correlatos em um país em desenvolvimento. **Am J Geriatr Psiquiatria.**, v. 15, n. 9, p. 790-9, 2007.

BRETANHA, A. F. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015.

BUSH, D. E. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. **Am J Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 337-41, 2001.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-73, 2011.

CHAVES, M. I. et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 930-938, 2016.

CÔRTEA, B. et al. Suicídio de idosos e mídia: o que dizem as notícias? **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, 253-261, 2014.

COSTA, M. F. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. Diferenças na autoavaliação da saúde entre os idosos segundo as circunstâncias socioeconômicas: o Estudo de Saúde e Envelhecimento de Bambuí. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 830-9, 2005.

CUPERTINO, A. P. FABRINO B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C.. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007.

FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

FERRARI, M.A.C. **O envelhecer no Brasil**. O Mundo da Saúde, São Paulo, 1999.

FULTON, M. M.; ALLEN, E. R. Polypharmacy in the elderly: a literature review. **J Am Acad Nurse Pract.**, v. 17, n. 4, p.123-32, 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONCALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009.

JA, K. J. Impacto de fatores psicológicos na patogênese e doença cardiovascular e implicações na terapia. **Circulation.**, v. 99, n. 16, p. 2192-217, 1999.

KESSLER, R. C. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA.**, v. 289, n. 23, p. 3095-105 2003.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J Bras Psiquiatr.**, v.55, n. 1, p.26-33, 2006.

MACLAUGHLIN, E. J. et al. Assessing medication adherence in the elderly; which tools to use in clinical practice? **Drugs Aging.** v. 22, n. 3, p. 231-55, 2005.

MEDRONHO, A. R. et al. **Epidemiologia.** 2º ed. São Paulo. Ed. Atheneu. 2009.

MIRANDA M. L. J., GODELI, M. R. C. S. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**; v.1, n. 4, p. 87-94, 2003.

PALLONI, A; PELÁEZ, M. **Histórico e natureza do estudo.** In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (org). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS; 2003.

RENNÓ, J. J. Depressão: família e preconceito são os maiores empecilhos ao tratamento. As causas da depressão são desconhecidas. **Redação Vya Estelar**, 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde.** 7ª ed. São Paulo. Medbook. 2013.

SOARES, J. F. **Economia da Longevidade: O envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos.** São Paulo: PUC-SP, 2009.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 170-180, 2015.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da atividade física. **Motriz**, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

PATEL, R. B. Polypharmacy and the elderly. **J Infus Nurs.**, n. 26, n. 3, p.166-9, 2003.

THOMBS, B. D. et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. **J Gen Intern Med.** v. 21, n. 1, p. 30-8, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Universidade aberta do SUS (UNA), Notícias. **Casos de depressão entre idosos variam 4,7% a 36,8% no Brasil.** Disponível em <<http://www.unasus.ufma.br/site/>> Acesso em Nov. 2017.

WHOOLEY, M. A. et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. **JAMA.**, v. 300, n. 20, p. 2379-88, 2008.