



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Enfermagem
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Maria Aline Dantas

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS E AS
ESTRATÉGIAS INTERVENCIONAIS DA ENFERMAGEM**

Cuité – PB
2015

Maria Aline Dantas

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS E AS
ESTRATÉGIAS INTERVENCIONAIS DA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D192a Dantas, Maria Aline.

Avaliação da prevalência de depressão em idosos e as estratégias intervencionais da enfermagem. / Maria Aline Dantas. – Cuité: CES, 2015.

77 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Idosos - depressão. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Depressão – idosos – cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU 544.527.23

Maria Aline Dantas

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS E AS
ESTRATÉGIAS INTERVENCIONAIS DA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Prof^ª. MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro
Membro – UFCG

Prof^ª. MsC. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima
Membro – UFCG

Cuité – PB, 05 de março de 2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Graça e Maurí, que não mediram esforços
para me conduzir até aqui. Essa conquista é de vocês!

*Eu tenho tanto pra lhe falar
Mas com palavras não sei dizer
Como é grande o meu amor por você!*

*E não há nada pra comparar
Para poder lhe explicar
Como é grande o meu amor por você!*

*Nem mesmo o céu nem as estrelas
Nem mesmo o mar e o infinito
Nada é maior que o meu amor
Nem mais bonito!*

*Me desespero a procurar
Alguma forma de lhe falar
Como é grande o meu amor por você!*

*Nunca se esqueça, nem um segundo
Que eu tenho o amor maior do mundo
Como é grande o meu amor por você!*

*Nunca se esqueça, nem um segundo
Que eu tenho o amor maior do mundo
Como é grande o meu amor por você!*

Mas como é grande o meu amor por você!

Roberto Carlos

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pois sem sua permissão nada disso seria possível. Obrigada Senhor por ser meu refúgio, minha âncora, por me carregar no colo nos momentos que eu mais precisei. Obrigada mais uma vez por me fazer acreditar que o impossível não existe para os que confiam em Ti.

Aos meus pais **Graça Dantas** e **Maurí Dantas**. A eles devo a vida, tudo que sou e consegui até hoje. Obrigada por todo amor, dedicação e confiança; por me fazer acreditar que tudo é possível quando se tem amor; por vocês estarem sempre presentes em todos os momentos de minha vida, não apenas fisicamente, mas também orando a Deus pela minha proteção. Sou imensamente grata a vocês meus amores, meu maior tesouro, minha fortaleza. Não há palavras que descrevam o tamanho do meu amor por vocês!

Aos meus irmãos **Marconi Dantas** e **Márcia Dantas**, por acreditarem em mim e me incentivarem sempre a alçar voos mais altos; por vibrarem comigo cada vitória, por serem mais que irmãos, serem meus amigos. Vocês são peças fundamentais em minha educação, meus exemplos de garra e determinação. Deus não poderia ter me dado irmãos melhores. Amo muito vocês!

Aos meus avós **Ezequiel** e **Eliza** (*in memoriam*) por todo amor, pelo exemplo de vida, pela participação ativa em minha educação. Eles são a minha inspiração para trabalhar com a saúde do idoso. Queria muito compartilhar com vocês essa minha conquista, mas sei que se estivessem aqui, estariam orgulhosos e vibrando comigo essa vitória. Saudades!

Aos meus amores **Mariana**, **Marina** e **Murilo**, por entender, apesar de crianças ainda, a minha ausência em alguns momentos; por fazerem silêncio enquanto eu estudava; por me mostrar o quanto é linda a vida quando vivemos momentos simples e até bobos. Titia ama muito vocês!

À **Ana Raquel** e **Monique Ingrid**, que me auxiliaram durante todo período de coleta de dados para realização deste trabalho.

À **Família** por todo apoio, torcida e confiança a mim depositados. Hoje quero apenas agradecer por tudo que já fizeram por mim e descrever o quanto são importantes. Gostaria de

agradecer especialmente minha cunhada **Ana Paula**, que também torce pelo meu sucesso e por todo apoio no decorrer desse tempo.

Ao meu namorado **Evanilson Almeida** que apesar de ter chegado já na reta final dessa jornada, está sendo um parceiro maravilhoso, sempre disposto a me ajudar, paciente e amigo. Agradeço a Deus por ter colocado uma pessoa tão especial em meu caminho.

As minhas amigas e irmãs de coração **Elane Cavalcante, Vivianne Marques, Ariane Alexandre, Patrícia Azevedo e Sara Santos** por todo apoio, força, incentivo e paciência nos momentos que estive ausente. Vocês enchem minha vida de felicidade. Amo vocês!

A minha linda e eterna **turma 2010.1**, foram anos compartilhando conhecimentos, sorrisos, tristezas, vitórias, brigas, reconciliações, convivendo mais tempo do que com a nossa própria família. E porque não dizer que somos uma família? Com vocês eu aprendi a conviver com as diferenças, a respeitar cada pessoa do seu jeito. Chegamos juntos ao nosso objetivo maior, mas a partir de agora seguiremos caminhos diferentes, porém tenham a certeza que cada um ficará guardado em meu coração e mesmo que demore, um dia a gente se encontra para partilharmos nossas conquistas, pois creio que Deus tem um futuro promissor em nossas vidas.

Um agradecimento especial ao meu quarteto fantástico **Fernanda Dantas, Laís Moreira, Paula Azevedo e Izabel Souto**, não tenho palavras para descrever o quanto vocês são importantes para mim. Muito obrigada por partilhar esses cinco anos comigo, por todo amor, carinho, sinceridade, conselhos, vocês são um presente em minha vida. E juntamente com Gilliard Araújo, Thialisson Ribeiro e Julian Macedo, formamos o grande grupo. Vocês ficarão para sempre em meu coração. Amo vocês!

Ao melhor orientador que eu poderia ter, **Prof. Matheus Nogueira**, por acreditar em minha capacidade; por ser amigo além de orientador; por todos os ensinamentos e conselhos; por me acalmar quando pensei não conseguir; e por me mostrar o universo maravilhoso de se trabalhar com a saúde do idoso. Essa conquista também é sua! Muito obrigada!

A Banca Examinadora Prof^a **Alyne Nagashima** e Prof^a **Janaína von Söhsten** pela valiosa contribuição ao abrilhantar ainda mais minha pesquisa. O trabalho não seria o mesmo sem a participação de vocês. Muito Obrigada!

Aos **Mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem, por todo ensinamento compartilhado durante esses cinco anos; pelo exemplo de profissionais que são, éticos e comprometidos com a prevenção e/ou recuperação da saúde dos pacientes; por nos incentivar a alçar voos altos; e por nos mostrar que o “cuidar” vai além da simples execução de técnicas.

Ao **Centro de Educação e Saúde (CES/UFCG)**, representado por todos os funcionários que o compõe, pela excelente receptividade e por terem contribuído direta ou indiretamente para concretização desse sonho.

À **Secretaria de Saúde de Jaçanã – RN**, por permitir a realização desta pesquisa. Em especial a pessoa do diretor a atenção básica **Emerson Cândido**, por ter me recebido tão bem e ter se mostrado solícito para o que eu precisasse.

Aos **idosos** participantes deste estudo, pelo acolhimento e permissão para a realização desta pesquisa. Muito obrigada!

A **todos** indistintamente que atravessaram minha vida desde então e contribuíram de alguma forma para realização desse sonho. A vocês, meu muito obrigada!

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres”.

Sêneca

RESUMO

Hodiernamente o processo de envelhecimento vem sendo amplamente discutido devido o acelerado crescimento da população idosa no mundo, sobretudo no Brasil. São diversas as modificações sofridas pelo organismo nas dimensões biológica, psíquica e espiritual, as quais podem influenciar negativamente na saúde e qualidade de vida dos idosos, predispondo-os ao adoecimento inclusive à depressão. Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência de transtornos depressivos em idosos do município de Jaçanã – RN. Trata-se de um estudo observacional descritivo, com delineamento quantitativo, realizado com 63 idosos cadastrados em duas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana de Jaçanã – RN. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB sob parecer nº 927.419, a coleta de dados foi realizada com a utilização de um questionário com dados socioeconômicos e demográficos e a Escala de Depressão Geriátrica em sua versão reduzida (EDG-15). Os resultados foram analisados estatisticamente, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para verificar a associação entre variáveis categóricas. Os resultados apontam que a maioria dos idosos possui idade entre 70 e 79 anos (média de 72,08 anos), é do sexo feminino, não alfabetizada, casada e com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, proveniente de aposentadorias. De acordo com a EDG, considerando o escore maior que 5 como indicativo de depressão, constatou-se que 46,6% dos idosos apresentam sintomatologia depressiva e que esta independe das variáveis socioeconômicas e demográficas. Em contrapartida, houve associação da sintomatologia depressiva com a percepção de saúde descrita como ruim ($p=0,005$) e o uso de medicação ($p= 0,039$). Ademais, é necessário que os profissionais da atenção primária, especialmente a enfermagem, em parceria com a gestão municipal, desenvolvam estratégias que visem a prevenção da depressão, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz, preservando assim o bem-estar e qualidade de vida da população idosa.

Descritores: Depressão. Idoso. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

In our times the process of aging has been widely discussed because the accelerated growth of the elderly population in the world, especially in Brazil. There are various changes undergone by the body, in the biological, psychological and spiritual dimensions, predisposing them to illness, including depression. Accordingly, the present study aimed to assess the prevalence of depressive disorders in the city of Jaçanã – RN elderly. It's about descriptive observational study, with quantitative design, conducted with 63 elderly registered in two Basic Family Health Units of the urban area of Jaçanã – RN. After approval of the research ethics committee of the University Hospital Lauro Wanderley/UFPB an opinion n° 927.419, the data collection was performed using a questionnaire with demographic and socioeconomic data and the Geriatric Depression Scale in its reduced version (GDS-15). The results were statistically analyzed, being the chi-square test was used to assess the association between categorical variables. The results show that most seniors have age between 70 and 79 years old (average 72,08 years old), is female, illiterate, married and with a family income 1 and 2 minimum wages, from retirements. According to the GDS, considering the score greater than 5 as indicative of depression, it was found that 46.6% of the elderly have depressive symptoms and that this is independent of socioeconomic and demographic variables. However, there was an association of depressive symptoms with health perception described as bad ($p= 0,005$) and medication use ($p= 0,039$). Moreover, it is necessary for primary care professionals, especially nursing, in partnership with the municipal management, develop strategies aimed at preventing depression, as well as early diagnosis and effective treatment, thus preserving the well-being and quality of life of the elderly population.

Descriptors: Depression. Elderly. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã - RN (n=63)	40
Tabela 2 - Situação de saúde e estilo de vida de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN (n=63)	45
Tabela 3 - Prevalência de depressão em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN (n=63)	49
Tabela 4 - Associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis socioeconômicas e demográficas de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Jaçanã – RN (n=63)	51
Tabela 5 - Associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis da situação de saúde e estilo de vida de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Jaçanã – RN (n=63)	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH - hormônio adrenocorticotrófico
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AINEs - Antiinflamatórios Não Esteroidais
APS – Atenção Primária a Saúde
AVD- Atividades de Vida Diárias
BDNF - *Brain-Derived Neurothophic Factor*
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CAPS - Centro de Apoio Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CES - Centro de Educação e Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DA - Dopamina
DM - Diabetes Mellitus
DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
ESF - Estratégia Saúde da Família
EDG - Escala de Depressão Geriátrica
HAS - Hipertensão Arterial sistêmica
5-HT - Serotonina
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM-SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*
NA - Norepinefrina
MA - Maranhão
OMS - Organização Mundial de Saúde
RN - Rio Grande do Norte
PSF - Programa de Saúde da Família
PBA - Programa Brasil Alfabetizado
PNPI - Política Nacional da Pessoa Idosa
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes
SDCS - Sintomas Clinicamente Diagnosticados
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos	17
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>17</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>17</i>
2	HIPÓTESES	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1	Processo de envelhecimento	21
3.2	Depressão em idosos	25
3.3	Assistência de Enfermagem ao Idoso com Transtorno Depressivo	29
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de Estudo	34
4.2	Local do Estudo	34
4.3	População e Amostra	34
4.4	Instrumento de Coleta de Dados	35
4.5	Procedimentos para Coleta de Dados	36
4.6	Análise dos Dados	37
4.7	Aspectos Éticos	37
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
5.1	Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica	40
5.2	Situação de saúde e estilo de vida de idosos participantes do estudo	44
5.3	Prevalência de depressão em idosos e fatores associados	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	60

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Questionário de coleta de dados

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

Apêndice D – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 Introdução



Nos últimos anos, estudos e pesquisas relacionadas à população idosa vêm ganhando destaque nas discussões em todo o mundo, especialmente pelo fato deste grupo estar em constante crescimento e necessitar de atenção especial não somente por parte da família, como também dos profissionais de saúde, uma vez que o processo de envelhecimento compreende diversas modificações tanto biológicas, como sociais e psicológicas.

A priori é importante ressaltar que existe uma diferenciação entre envelhecimento individual e envelhecimento populacional, em que Freitas et al. (2013) afirmam que envelhecimento individual é aquele em que o indivíduo envelhece a medida que sua idade aumenta, diferentemente do envelhecimento populacional que ocorre quando há um aumento de idosos no total da população.

O Ministério da Saúde do Brasil define o envelhecimento populacional como sendo um evento natural, irreversível e mundial, produzindo uma mudança na estrutura etária da população com um crescente aumento de pessoas acima de determinada idade, podendo ser considerada idosa, a pessoa que apresentar idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2010). Em contrapartida conforme Townsend (2014), a classificação dos americanos para idosos, de acordo com o Departamento do Censo Americano, é de jovem idoso (55 até 64 anos), idoso (65 até 74 anos), ancião (75 até 84 anos) e idoso velho (85 anos ou mais), porém alguns gerontologistas preferem utilizar uma classificação mais simples, subdividindo o grupo em idoso-jovem (60 até 74 anos), idoso-médio (75 até 84 anos) e idoso-idoso (85 anos ou mais).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que em 2010 a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde 10,8% da população brasileira (BRASIL, 2010). Diante desta perspectiva, Moraes (2012) aponta que a estimativa para o ano 2025, é que o Brasil ocupe o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e, em 2050 a população idosa alcançará os 22,71% da população total. Os determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil, de acordo com o referido autor, é decorrente da redução da taxa de fecundidade, associada à redução da mortalidade infantil e de idades mais avançadas, aumentando assim a expectativa de vida.

No decorrer do processo de envelhecimento, segundo com Ferreira e Tavares (2013) os idosos vivenciam mudanças que podem contribuir para sofrimento psíquico, como a depressão. Partindo desse pressuposto, Paradela (2011) destaca que entre as desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, os transtornos do humor são os mais incidentes, dentre

estes estão o transtorno depressivo maior, o transtorno distímico e os sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS).

O transtorno depressivo é caracterizado por Townsend (2014) por humor deprimido, perda de interesse ou prazer nas atividades habituais presentes há pelo menos duas semanas, aliados a inexistência de história de comportamento maníaco ou sintomas ligados ao uso de drogas ou a uma condição médica geral.

A prevalência de depressão no Brasil entre idosos varia entre 4,8 e 14,6% em idosos da comunidade, já para aqueles institucionalizados os resultados são mais acentuados, equivalendo a 22,0% (FREITAS et al., 2013). Esta elevada prevalência, segundo Fernandes, Nascimento e Costa (2010) pode estar associada a alterações estruturais e funcionais do indivíduo, comorbidades, doenças incapacitantes, abandono e/ou maus-tratos, uso constante de medicamentos, aposentadoria insatisfatória, inversão de papéis na sociedade e na família, sofrimentos prévios e atuais, perda de algum ente querido, especialmente do cônjuge e de filhos, entre outros.

Dentre os sintomas clássicos da depressão, estão os sentimentos de tristeza, indisposição, inutilidade, sentimento de culpa, bem como, dificuldade de interação social e ocupacional, falta de concentração, alimentação alterada, ganho ou perda de peso, distúrbios do sono e pensamentos de morte ou suicídio (SMELTZER et al., 2012). Contudo, fica evidente a relevância de tais sintomas para o agravamento da saúde do idoso, ocasionando alterações emocionais, físicas e biológicas. Paradela (2011) cita como consequência da depressão a dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, agravante da qualidade de vida e aumento da mortalidade dos indivíduos acometidos.

Considerando a gravidade do adoecimento por depressão na população idosa, é inegável a necessidade de uma atenção à saúde especial e diferenciada para prevenir sua ocorrência, para possibilitar precocemente o adequado diagnóstico ou ainda para a construção de uma terapêutica satisfatória, pois o que comumente se verifica é a existência de falhas referentes a esses propósitos, seja por parte do próprio idoso, da família ou dos profissionais de saúde (FREITAS et al., 2013). Esta realidade exige, portanto, a adoção de medidas eficientes para a consolidação de uma assistência integral à saúde do idoso, sobretudo, para a confirmação diagnóstica da depressão e a necessidade de cuidados especializados.

Diante deste cenário epidemiológico e de práticas assistenciais, surge uma demanda considerável para a criação e implementação de políticas públicas de saúde que visem a qualidade de vida de idosos com depressão e a sua inserção ativa à vida social por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (CLOSS; SCHWANKE,

2012). Ademais, para que este propósito seja alcançável é necessário que haja inicialmente o reconhecimento da condição de saúde neste segmento populacional, assim como a identificação dos fatores que contribuem para o surgimento da doença ou se outras comorbidades e situações da vida cotidiana influenciam em seu aparecimento.

Com base no exposto, a iniciativa para realização deste estudo partiu da curiosidade de avaliar a prevalência de depressão em idosos, simplesmente por ser um transtorno mental consideravelmente comum e que, no entanto ainda não é tratada com a atenção devida nos serviços de saúde, como também pela afinidade na área de saúde do idoso e por vivências acadêmicas e extracurriculares com este público.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, o qual será realizado no município de Jaçanã, situado na microrregião da Borborema Potiguar, no estado do Rio Grande do Norte, será possível conhecer as peculiaridades e a população idosa poderá ser beneficiada, pois a partir dos resultados encontrados poderão ser elaboradas estratégias de atenção à saúde em todos os níveis assistenciais a serem implementadas pela equipe multiprofissional, sobretudo pela enfermagem, visando, neste sentido, a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar a prevalência de depressão em idosos do município de Jaçanã – RN.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos idosos;
- Identificar os fatores predisponentes para a sintomatologia depressiva em idosos;
- Propor estratégias de enfermagem para a prevenção e o tratamento da depressão em idosos.

2 Hipóteses



Para assegurar a representação da significância estatística do estudo foram testadas 09 (nove) hipóteses, a partir da utilização do teste de qui-quadrado, a fim de averiguar a existência de associação entre a sintomatologia depressiva e as variáveis socioeconômicas, demográficas, de situação de saúde e do estilo de vida, aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de p for inferior à 0,05. Ressalta-se que para cada hipótese levantada existe aquela referida como H_0 (Hipótese Nula – quando não há associação entre as variáveis) e a H_1 (Hipótese Alternativa – aceita quando a hipótese nula é rejeitada, assumindo, portanto, a existência de associação estatística entre as variáveis testadas).

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e faixa etária
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e faixa etária

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e sexo
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e sexo

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e estado civil
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e estado civil

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e renda familiar
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e renda familiar

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e situação de moradia
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e situação de moradia

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e arranjo familiar
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e arranjo familiar

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e percepção de saúde
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e percepção de saúde

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e estilo de vida
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e estilo de vida

H_0 = Não há associação entre sintomatologia depressiva e uso de medicação
 H_1 = Há associação entre sintomatologia depressiva e uso de medicação

3 Revisão da Literatura



3.1 Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento vem sendo discutido desde o início da civilização, porém de acordo com Freitas et al. (2013), foi a partir do século XX que houveram grandes avanços da ciência do envelhecimento, sobretudo pelo fato do aumento do número de idosos em todo o mundo, o que acarretou em consequências tanto para o indivíduo que compõe esse grupo etário como para a sociedade.

Tal processo é um dos pontos mais complexos, obscuros e críticos da ciência, pois ainda não se sabe ao certo como ele se desenvolve e evolui nos diferentes órgãos, tecidos e células do organismo. Acredita-se que esse processo pode ser considerado basicamente multifatorial, estando relacionado com a programação genética e as alterações que ocorrem em nível celular e molecular, que resultarão em sua aceleração ou desaceleração, com redução de massa celular ativa, diminuição da capacidade funcional de suas áreas afetadas e sobrecarga em menor ou maior grau dos mecanismos de controle homeostático. Acredita-se ainda que esta fase seja marcada por modificações na aparência física, surgimento de doenças crônicas, perda de capacidades físicas, mentais e de papéis sociais, nascimento dos netos, dentre outros (FREITAS et al., 2013).

Para o Ministério da Saúde (MS), o envelhecimento individual é definido como um evento fisiológico que tem crescido de forma acelerada nos últimos anos, acarretando em uma modificação na estrutura etária da população (BRASIL, 2010). Em contrapartida, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um evento sequencial, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne mais frágil frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (CIOSAK, 2011).

De acordo com Moraes, Moraes e Lima (2010), o envelhecimento perpassa por dois eventos, o envelhecimento biológico e o envelhecimento psíquico. O primeiro é implacável, ativo e irreversível, tornando o organismo vulnerável às agressões externas e internas. Já para o envelhecimento psíquico, esse amadurecimento depende tanto da passagem do tempo, como do esforço pessoal para o autoconhecimento, tornando o idoso mais racional, inteligente e consciente.

Segundo Freitas et al. (2013), o somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas oriundas do envelhecimento normal é denominado de senescência, enquanto que senilidade é caracterizada por modificações determinadas por afecções que afetam o indivíduo idoso. É válido ressaltar que determinadas alterações provenientes do processo de senescência

podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2010).

Em decorrência do processo de senescência e senilidade, os sistemas corporais e as funções psíquicas sofrem alterações, no entanto, essas modificações acontecem de forma distinta entre os indivíduos que estão envelhecendo, podendo ser influenciadas pela predisposição ou resistência à doenças (TOWNSEND, 2014). Nessa perspectiva Freitas et al. (2013) afirmam que por volta dos 25 anos já começam a aparecer as modificações corporais, e com o passar do tempo toda a celularidade diminui, bem como a função dos órgãos.

O sistema nervoso é o mais comprometido com o processo de envelhecimento, pois é ele o responsável pelas sensações, movimentos, funções psíquicas e funções biológicas internas. No cérebro há uma redução lenta e progressiva da massa cefálica mais precocemente no sexo feminino e diversas alterações bioquímicas acontecem à medida que ele envelhece (FREITAS et al., 2013). De acordo com Townsend (2014), as alterações bioquímicas relacionadas aos neurotransmissores de acetilcolina, dopamina, norepinefrina e epinefrina, podem ser responsáveis por alterações nos idosos em relação a respostas alteradas aos eventos estressantes e a alguns tratamentos biológicos. A autora afirma ainda que as alterações relacionadas a idade dentro do sistema nervoso, afetam o funcionamento da memória, havendo uma deterioração maior na memória de curto prazo quando comparada a de longo prazo, porém pessoas mentalmente ativas apresentam um declínio equitativo.

Dentre as alterações cardiovasculares, é possível citar a hipertrofia do ventrículo esquerdo e diminuição do débito cardíaco, que gera um aumento da pressão arterial condicionada pela idade e o aumento da rigidez da parede arterial. Essas alterações são consideradas os principais determinantes para que o idoso apresente intolerância às atividades e a perda do condicionamento (FREITAS et al., 2013).

No que se refere ao sistema respiratório, conforme os autores citados anteriormente, há consideráveis modificações tanto na arquitetura quanto na função pulmonar, onde os pulmões tornam-se mais volumosos acarretando na dificuldade de ventilação e perfusão. De acordo com Fagherazzi (2010) diversos fatores podem interferir na função pulmonar, tais como tabagismo, poluição ambiental, exposição profissional, doenças pulmonares pregressas ou não, condições socioeconômicas e constitucionais de raciais.

Em decorrência do processo de envelhecimento, o aparelho digestório apresenta alterações significativas: no estômago há uma diminuição da capacidade de digestão pelo fato da redução da secreção de ácido clorídrico e de pepsina bem como uma diminuição da

motilidade normal, ocasionando a dificuldade do esvaziamento gástrico e a redução da absorção de várias substâncias pelo intestino delgado (FREITAS et al., 2013).

O sistema geniturinário também passa por modificações, onde a função renal diminui progressivamente e a diurese passa a ser mais incidente no período noturno. Esse declínio da função renal ocorre em decorrência do atrito provocado pela esclerose dos néfrons. A filtração glomerular diminui aproximadamente 50% em torno dos 80 anos e no sexo masculino é comum a ocorrência da hipertrofia prostática; já nas mulheres é comum a perda do controle do músculo e do esfíncter, podendo provocar incontinência urinária, aumentando assim o risco de infecção do trato urinário e de irritação cutânea local (TOWNSEND, 2014).

A musculatura também diminui acarretando em uma redução da força muscular e o tecido adiposo passa a substituir esses músculos perdidos, principalmente na região da cintura pélvica, modificando assim a silhueta do indivíduo (FREITAS et al. 2013). Com relação a diminuição da força muscular e da flexibilidade, Fidelis, Patrizzi e Walsh (2013) afirmam que em decorrência desse evento o equilíbrio, a postura e o desempenho funcional do idoso é afetado acarretando em riscos para queda e problemas respiratórios, diminuição da velocidade da marcha e dificuldade para realização das atividades de vida diárias (AVD).

Em relação ao tecido ósseo, Fagherazzi (2010) aponta que os ossos tendem a se degenerar, ocasionando no idoso doenças como a osteopenia e osteoporose, predispondo assim o indivíduo a ocorrência de fraturas. A coluna cervical também passa por mudanças em sua conformação, ocasionando a redução na estatura do idoso, que acontece devido as alterações dos espaços intercostais e pela modificação na curvatura da coluna.

No que se refere ao sistema endócrino, com o passar dos anos o nível de hormônios da tireoide diminui, provocando a redução do metabolismo basal. A quantidade do hormônio adrenocorticotrópico diminui, deixando o idoso mais susceptível ao estresse. É possível citar ainda a diminuição da tolerância a glicose em pessoas idosas, uma vez que estudos apontam que os níveis de insulina são mais elevados neste grupo etário quando comparado aos jovens (TOWNSEND, 2014). O sistema imune, conforme descrito pela referida autora, também sofre modificações em decorrência do processo de envelhecimento, havendo alterações nas respostas imunes, deixando o idoso com menor defesa às infecções e uma redução na resposta inflamatória, além de problemas com cicatrização.

Em suma, o envelhecimento afeta o desempenho físico do idoso, limitando suas interações com o meio ambiente, desde o sistema musculoesquelético, neurológico, pulmonar, cardiocirculatório e outros, trazendo dificuldades no cotidiano e gerando, na maioria das vezes, dependência de outras pessoas (FAGHERAZZI, 2010).

É importante destacar que em se tratando da idade cronológica, para os indivíduos serem considerados idosos, é necessário ter 65 anos ou mais em países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento é de 60 anos. Ademais, o envelhecimento populacional no Brasil tem revelado crescimento exponencial, cuja projeção para o ano de 2025 é que a população idosa alcance cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MORAES, 2012). Esse aumento proporcional de indivíduos idosos, adicionado ao declínio das taxas de fecundidade e ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, são os fatores de maior influência na modificação da estrutura etária da população, principalmente no Brasil, o crescente aumento do contingente de indivíduos com mais de 60 anos, acarretou em importante impacto para o sistema de saúde (CIOSAK, 2011).

Partindo desses pressupostos, Guerra e Caldas (2010) afirmam que discussões acerca deste assunto nas áreas de políticas de saúde e políticas sociais, são essenciais para que o envelhecimento da população fosse reconhecido como um problema previdenciário e de saúde pública. Dentre elas merece ênfase a Política Nacional do Idoso, acobertada pela Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1.948/96, para assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS e em 2006 foi propagada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria Nº 2.528/2006 com a finalidade de recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas de saúde para esse fim (BRASIL, 2010).

Na tentativa de complementar as políticas existentes, o MS por meio da Portaria/GM nº 399/2006 divulgou o Pacto pela Saúde abarcando três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, porém é imprescindível destacar aqui o Pacto pela Vida constituído por um conjunto de compromissos que passaram a ser prioridades nas três esferas governamentais (federal, estaduais e municipais), onde a saúde do idoso é disposta como a principal prioridade (BRASIL, 2006).

Para regulamentar seus direitos, os idosos ainda contam com o Estatuto do Idoso através da Lei nº 10.741/2003, disposto em 118 artigos que tratam dos direitos fundamentais, de garantias prioritárias aos idosos, dos aspectos relativos à educação, transporte, lazer, direitos à liberdade, à respeitabilidade e à vida, dos direitos à saúde através do SUS, da garantia ao alimento, da profissionalização e do trabalho, da previdência social, dos crimes contra eles e da habitação, tanto em ações por parte do Estado, como da sociedade (BRASIL, 2003).

3.2 Depressão em Idosos

A depressão é um transtorno psiquiátrico constituído por sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, podendo haver variações conforme a fase da vida do indivíduo acometido, além disso, compreende uma relevante causa de incapacidade, acarretando sofrimento e elevados custos ao indivíduo, à família e à coletividade (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

A problemática da depressão vem ocorrendo com maior frequência em idosos configurando um importante problema de saúde pública, demandando, por conseguinte, atenção especial tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais de saúde. Para que dispensem maior atenção ao atendimento e acompanhamento desse grupo de pessoas, especialmente por ser um segmento populacional em ritmo crescente de crescimento e passando por modificações tanto biológicas, como sociais e psicológicas, o que pode ser um fator preponderante para o desencadeamento da depressão (OLIVEIRA et al., 2012a).

No Brasil a prevalência de depressão entre a população idosa varia entre 4,8 e 14,6% em idosos da comunidade, já para idosos institucionalizados os resultados são mais acentuados, equivalendo a 22,0% (FREITAS et al., 2013). Em uma pesquisa desenvolvida por Gonçalves e Andrade (2010) na região nordeste, em São Luiz – MA 50% dos 102 idosos avaliados foram diagnosticados com depressão, apontando ainda que quanto maior a idade do idoso, maior a sintomatologia depressiva. É oportuno destacar que esses dados podem apresentar variações, dependendo das características da população estudada e do instrumento de mensuração utilizado.

A depressão não é um fator inerente ao processo de envelhecimento, como também não é apenas tristeza. É um transtorno que deve ser diagnosticada precocemente e devidamente tratada, pois se apresenta como um fator negativo na vida do idoso, podendo acarretar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida. A incidência é maior na população feminina quando comparada à masculina, apresentando uma proporção de 2:1 (BRASIL, 2007).

Diversos fatores podem determinar ou contribuir para a alta prevalência de depressão em idosos, a exemplo das alterações do sistema nervoso central (SNC), comorbidades, doenças incapacitantes, abandono ou maus-tratos, uso permanente de medicamentos, aposentadoria insatisfatória, inversão de papéis na sociedade e na família, sofrimentos prévios e atuais, processo de luto, especialmente do cônjuge e de filhos, etilismo, institucionalização, dentre outros fatores (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010). Porém, ainda não está

claro o motivo pelo qual algumas pessoas são mais vulneráveis a depressão do que outras. Em alguns casos não há motivo aparente, podendo ser desencadeada por um determinado acontecimento ou por um fato negativo, ou pela soma de uma série de estresses psicológicos ou traumáticos. Indivíduos com antecedentes familiares de depressão são mais propensas a desenvolvê-la (BRASIL, 2007).

A fisiopatologia da depressão, conforme o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2012), ainda não está totalmente estabelecida. Acredita-se que ocorra uma redução na neurotransmissão de monoaminas como a serotonina (5-HT), norepinefrina (NA) e dopamina (DA), por meio de uma dinâmica complexa que envolve alterações dos mecanismos intracelulares relacionados à sua produção e condução, como a sinalização de segundos mensageiros e a síntese de precursores e metabólitos, assim como a localização neuroanatômica dos neurônios, receptores e transportadores sinápticos relacionados à transmissão. Pesquisas recentes apontam que a redução de fatores de crescimento, principalmente o BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro, do inglês *brain-derived neurotrophic factor*) também pode estar envolvido na gênese da depressão (PERITO; FORTUNATO, 2012).

Dentre os transtornos psiquiátricos mais comuns em idosos que envolve a depressão destacam-se o transtorno depressivo maior, o transtorno distímico e os sintomas depressivos clinicamente significativos (SDCS), expõe Paradelá (2011). De acordo com Townsend (2014), o transtorno depressivo maior é caracterizado por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades do cotidiano, presentes há pelo menos duas semanas, não havendo história de comportamento maníaco e com sintomas não atribuídos ao uso de drogas ou a uma condição médica geral, podendo ser classificado em:

- ✓ Episódio único ou recorrente: único referente ao primeiro diagnóstico de depressão e recorrente com história de dois ou mais episódios;
- ✓ Leve, moderado ou grave: dependendo do número e da gravidade dos sintomas;
- ✓ Com características psicóticas: o indivíduo apresenta delírios e alucinações;
- ✓ Com características melancólicas: forma grave onde os sintomas são exacerbados, porém apresenta boa resposta ao tratamento com antidepressivos ou terapia somática;
- ✓ Crônico: quando o episódio de depressão está evidente por pelo menos nos 2 últimos anos consecutivos;
- ✓ Com padrão sazonal: indica a presença de sintomas depressivos durante os meses de outono e inverno;

- ✓ Com início pós-parto: caracterizado quando os sintomas depressivos estão presentes dentro de quatro semanas após um parto.

Em se tratando do transtorno distímico, apesar de possuir características semelhantes ao distúrbio depressivo maior é mais leve e não há nenhuma evidência de sintomas psicóticos, onde sua principal característica é o humor cronicamente deprimido na maior parte do dia por pelo menos dois anos, sendo este classificado como: transtorno de início precoce, ocorrendo antes dos 21 anos de idade; e transtorno de início tardio, tendo início aos 25 anos de idade ou mais. Entretanto, com as mudanças no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), os diagnósticos de depressão crônica e distímia foram modificados passando a formar o Transtorno Depressivo Persistente (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Dentre os sintomas clinicamente significativos é possível citar a depressão transitória, onde os sintomas remitem com relativa rapidez e a depressão leve, que ocorre quando o processo de pesar é desencadeado em resposta a perda de um objeto que se preza e assim que o indivíduo consegue aceitar a perda, os sintomas desaparecem (TOWNSEND, 2014).

A sintomatologia depressiva pode ser confundida com tristeza, por isso é necessário que haja uma diferenciação. A tristeza, de acordo com Castilho e Motta (2014) é um sentimento natural, enquanto que a depressão é uma situação de adoecimento, que não apresenta melhora por semanas. A depressão pode ser confundida ainda com a demência, por isso é imprescindível que seja avaliado o estado mental do paciente, não desprezando esse transtorno, pois quando a depressão e as doenças clínicas coexistem e não é diagnosticada, pode ocasionar em um comprometimento da recuperação física e psíquica do paciente (SMELTZER et al., 2012).

Como consequência da depressão, Paradela (2011) cita a dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, agravamento da qualidade de vida e aumento da mortalidade dos indivíduos acometidos. Por esse motivo, é de grande valia que profissionais da saúde dispensem atenção especial no rastreamento e diagnóstico da doença, pois não havendo a adequada identificação da sintomatologia depressiva ou quando considerada parte normal do processo de envelhecimento, seguramente os sintomas passarão despercebido, o que normalmente acontece, haja vista cerca de 50 a 60% dos casos não serem detectados, tornando a depressão subdiagnosticada e subtratada (BRASIL, 2007).

O diagnóstico da depressão pode ser baseado em critérios estabelecidos pelo DSM-5 ou por meio de métodos classificatórios que auxiliam a identificar a doença. No que se refere ao DSM-5, o psiquiatra e presidente do grupo responsável pela revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), Kupfer (2014), afirma que o

diagnóstico da depressão é dado caso o paciente apresente por pelo menos duas semanas cinco entre nove dos sintomas a seguir: I) humor deprimido na maior parte do dia; II) perda ou ganho significativo de peso; III) problemas de sono e fadiga; IV) diminuição do interesse nas atividades; V) agitação ou retardo; VI) sentimentos de inferioridade ou culpa; VII) redução da capacidade de concentração; VIII) pensamentos recorrentes de morte; e IX) ideias ou tentativas de suicídio recorrentes. Dentre as mudanças que ocorreram com o DSM-5, o luto deixou de ser critério de exclusão para diagnóstico de depressão, passando a ser aplicado no diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior aos indivíduos que passaram pela perda de um ente querido há menos de dois anos (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Além da avaliação clínica baseada no DSM-5, as escalas de avaliação são largamente utilizadas pela facilidade em detectar a depressão tanto em estudos populacionais quanto na prática clínica. Nesse contexto, Paradela (2011) destaca algumas escalas utilizadas para estudos em idosos, tais como: Inventário de Depressão de Beck, composta por 21 itens divididos em categorias, cada uma delas descreve uma manifestação comportamental específica dos indivíduos deprimidos observados; Inventário de depressão de Hamilton, importante meio para avaliar a gravidade dos quadros depressivos; e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), cuja versão original é composta por 30 itens e a versão reduzida por 15 itens. Dentre suas vantagens é possível citar a pequena variação das respostas (sim/não), diferente de outras que comportam múltiplas opções, é de simples aplicação, não necessita de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação, pode ser autoaplicada ou por um entrevistador treinado, a qual será utilizada nesta investigação.

O tratamento da depressão é realizado por meio de terapia farmacológica e terapia comportamental ou uma associação entre as duas, visando à promoção da saúde, a reabilitação psicossocial e à prevenção de recorrências. De um modo geral, existem alguns recursos terapêuticos como: o atendimento individual que abarca a orientação e acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia, o atendimento em grupo, as atividades comunitárias e o atendimento à família (BRASIL, 2007).

No que concerne às terapias não farmacológicas, é possível citar as oficinas culturais, grupos de geração de renda na comunidade, atividades esportivas como caminhada e ginástica orientada e promoção de festas comunitárias, o que viabiliza a reintegração social, a formação de redes de apoio e estimula o autocuidado, favorecendo assim a promoção da saúde e reabilitação dos idosos acometidos pela depressão (FERREIRA; TAVARES, 2013). Para depressão leve, o tratamento é feito por meio dessa terapia não farmacológica, enquanto que para depressão maior é necessária uma abordagem farmacológica com antidepressivos

combinada a psicoterapia, podendo ser utilizados os antidepressivos como a bupropiona, venlafaxina, mirtazapina e nefazodona, bem como os inibidores seletivos da receptação de serotonina, como a paroxetina (Paxil) (SMELTZER et al., 2012). As medicações antidepressivas para os idosos são administradas levando em consideração as alterações fisiológicas relacionadas a idade na absorção, distribuição, eliminação e sensibilidade dos receptores cerebrais (TOWNSEND, 2014).

3.3 Assistência de Enfermagem ao Idoso com Transtorno Depressivo

A depressão é uma doença incapacitante, que compromete a saúde física e limita a atividade dos indivíduos acometidos, no entanto, é relativamente fácil de ser diagnosticada e tratada (PERITO; FORTUNATO, 2012). De um modo geral, a depressão é caracterizada por tristeza persistente, indisposição, sentimento de culpa, sonolência ou insônia, modificações no apetite podendo haver ganho ou perda de peso, sensação de cansaço, dificuldade de interação social, agitação ou inquietude, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade e culpa, pensamentos de suicídio (CASTILHO; MOTA, 2014). Quando esses sintomas persistem por um longo período, podem interferir tanto na capacidade funcional, como na capacidade de autocuidado e nas suas relações sociais do indivíduo acometido, além disso, a depressão também está associada a um aumento da mortalidade e do uso dos serviços de saúde por parte dos idosos (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Tendo em vista toda essa problemática, é inegável a necessidade de uma atenção à saúde especial e diferenciada para prevenir a ocorrência de depressão em idosos, possibilitar o diagnóstico precoce ou ainda para a prescrição de uma terapêutica satisfatória (FREITAS et al., 2013). Esta realidade exige, portanto, a adoção de medidas eficientes para a consolidação de uma assistência integral à saúde do idoso. Desse modo, sabendo que o cuidado da enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde, quando há ocorrência de depressão em idosos a equipe de enfermagem possui grande responsabilidade frente ao cliente, à família e à comunidade.

A enfermagem pode exercer um papel fundamental, oferecendo uma assistência voltada ao envelhecimento saudável, assegurando o atendimento das necessidades do idoso a fim de preservar sua saúde física e mental e o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, em condições de autonomia e dignidade. Para idosos depressivos a assistência de enfermagem deve ir além da abordagem curativa, mas sim dando ênfase a promoção da saúde mental e a prevenção da depressão (SILVA et al., 2012).

A partir da sintomatologia apresentada pelo paciente, visando uma assistência sistematizada e de qualidade, a equipe de enfermagem pode lançar mão dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e, a partir desses traçar metas e planejar cuidados que previnam problemas e promovam a recuperação da saúde do cliente (DOENGENS, 2012).

Os diagnósticos de enfermagem são identificados pelos enfermeiros durante a realização do Processo de Enfermagem e, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), regulamentada pela Resolução COFEN nº 358/2009, é possível a identificação dos problemas de saúde e as intervenções viáveis para atender as necessidades mais urgentes do indivíduo por meio de um processo sistemático, porém dinâmico, que perpassa por cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento da assistência, implementação e avaliação, sendo este um caminho viável a ser utilizado por enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem, que possibilita a identificação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde, através de uma linguagem padronizada, que facilita a comunicação e a classificação desses diagnósticos (OLIVEIRA et al., 2012a).

A partir dessas premissas, de acordo com Doenges (2012), é possível elencar alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem referentes a essa problemática, tais como:

- ✓ **Baixa autoestima cônica** relacionada à visão negativa sobre si próprio secundária a distúrbio de cognição, evidenciada por expressões de menos valia.
- ✓ **Desempenho de papel ineficaz** relacionado a sintomas depressivos, evidenciado por adaptação prejudicada a inversão de papéis na família e sociedade.
- ✓ **Fadiga** relacionada distúrbio depressivo, evidenciada por verbalização de cansaço e incapacidade de manter a rotina diária.
- ✓ **Insônia** relacionada a processo depressivo, evidenciada por dificuldade de adormecer ou manter o sono.
- ✓ **Interação social prejudicada** relacionada a processos mentais alterados, evidenciada por interação disfuncional com outras pessoas.
- ✓ **Isolamento social** relacionado a alterações da aparência física e do estado mental, evidenciado por tristeza e desejo de ficar sozinho.
- ✓ **Intolerância à atividade nível III** relacionada a déficit cognitivo secundário à depressão, evidenciada por queixas de fadiga.
- ✓ **Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais** relacionada à ingesta excessiva de nutrientes em comparação com as necessidades metabólicas, evidenciada por ganho de peso acima dos padrões normais.

- ✓ **Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais**, relacionada a fatores psicológicos e ingestão insuficiente de nutrientes, evidenciada por perda de peso.
- ✓ **Risco de suicídio** relacionado a processo depressivo.

Contudo, Townsend (2014) acrescenta outros prováveis diagnósticos relevantes aos indivíduos acometidos pela depressão:

- ✓ **Risco de violência autodirigida** relacionada a humor deprimido, sentimentos de menos valia, raiva voltada para seu eu e interpretações errôneas da realidade.
- ✓ **Luto disfuncional** relacionado a uma perda real ou percebido como tal, evidenciado por negação da perda e expressão inadequada da raiva.
- ✓ **Impotência** relacionada ao processo de luto disfuncional e estilo de vida de desesperança, evidenciada pela ausência de controle sobre a situação da vida e dependência dos outros.
- ✓ **Sofrimento espiritual** relacionado a luto disfuncional pela perda de objeto que se preza, evidenciado por raiva de Deus.
- ✓ **Déficit de autocuidado** relacionado a humor deprimido, evidenciado por cabelos não penteados, roupas desalinhadas e mau cheiro corporal.

Referente aos diagnósticos supracitados, de acordo com Doenges (2012), é válido citar algumas intervenções de enfermagem para promover uma assistência integral e de qualidade, dentre essas estão: avaliar o nível de participação no esquema terapêutico com antidepressivos; envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização; identificar as causas e ações possíveis de direcionamento ao isolamento social; identificar bloqueios aos contatos sociais procurando ajudá-los na adaptação a essas situações; promover participação do idoso em atividades de lazer e recreação; disponibilizar tempo para o idoso expressar sentimentos e envolvê-lo na tomada de decisões; envolver a família ou pessoas significativas na vida do idoso deprimido no processo terapêutico esclarecendo dúvidas e evidenciando seu papel no processo de recuperação do idoso; atentar para comportamentos indicativos da intenção de suicídio; fazer uma avaliação antropométrica e encaminhar para um nutricionista se necessário; colaborar no tratamento do transtorno depressivo; criar um ambiente seguro para o cliente; desenvolver confiança, mostrar empatia e interesse pelo idoso; promover a frequência a grupos de terapia; envolver uma equipe multiprofissional no tratamento.

Tendo em vista que essa problemática está comumente voltada para Atenção Primária, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental na assistência aos transtornos mentais, em especial a depressão, pois esta é a principal porta de entrada das pessoas que buscam atendimento para suas necessidades de saúde, não atendendo apenas os indivíduos com a doença já instalada, mas também desenvolvendo ações preventivas e de detecção precoce, que envolvem o indivíduo e sua família. Neste cenário o enfermeiro exerce um papel primordial através da sensibilização da população sobre a importância de sua inserção na comunidade, colaborando e se responsabilizando pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, que farão com que esses indivíduos se sintam valorizados (WAIDMAN et al., 2012).

O Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) também se apresenta como um espaço favorável à prática assistencial de enfermagem para idosos com depressão, pois as atividades desenvolvidas nesse ambiente é voltada para reabilitação biopsicossocial envolvendo atividades em grupos terapêuticos com usuários e familiares; realização do acolhimento e da escuta do paciente; consulta de enfermagem e visita domiciliar; cuidados de higiene, alimentação e repouso, execução de exames, grupo de dança, grupo de reencontro e grupo de medicação (DIAS; SILVA, 2010).

Durante a assistência ao idoso, é de grande valia que o enfermeiro valorize a história pregressa do paciente, os sentimentos e medos, além de propiciar ações educativas que instruem o usuário, família e comunidade, atuando de forma decisiva junto com os demais cuidadores informais (família e comunidade), sendo o enfermeiro responsável formal pelo cuidado, promovendo qualidade de vida à população emergente (OLIVEIRA et al., 2012a). A assistência de enfermagem nos transtornos mentais pode ser implementada ainda por meio de grupos de apoio, favorecendo o encontro de usuários e familiares e por meio de diálogos, onde os usuários são encorajados a manifestar suas necessidades. Além disso, os grupos têm a capacidade de recriar ambientes familiares e sociais, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e criações, configurando-se, desse modo, como um instrumento terapêutico eficiente (SPADINI; SOUZA, 2010).

4 Metodologia



4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo observacional descritivo, com delineamento quantitativo. Gil (2008) afirma que a pesquisa observacional consiste em um dos métodos mais utilizados nas ciências sociais, consistindo na observação de algum fato existente ou passado, enquanto que a pesquisa descritiva procura descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações variáveis. A associação entre esses dois tipos de pesquisas é a mais utilizada por pesquisadores sociais.

No que se refere à pesquisa quantitativa, pode-se afirmar que este é um método que emprega a quantificação tanto nos meios de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, como por meio de percentual, média, desvio-padrão, correlação, análise de regressão, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Jaçanã, localizado na microrregião da Borborema Potiguar, no estado do Rio Grande do Norte, onde de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), o município possui uma população de 7.925 e densidade demográfica de 145,25 hab/km². Geograficamente, a cidade divide fronteiras, possuindo limites interestaduais e intermunicipais, onde ao norte limita-se com o município potiguar de Coronel Ezequiel; ao sul com os municípios paraibanos Nova Floresta e Cuité; a leste como município de São Bento do Trairí e novamente com Cuité e a oeste com o município paraibano de Picuí. Possui uma economia voltada basicamente para agricultura praticada pelas famílias do meio rural, sendo o cultivo do maracujá, a safra do caju e o comércio local os mais relevantes alimentadores da economia da cidade (MARIO, 2003).

O estudo foi realizado tendo como base duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), localizadas na zona urbana e vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Jaçanã, sendo elas: UBSF Severina Medeiros Dantas e UBSF Prefeito José Pereira da Silva (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAÇANÃ, 2014).

4.3 População e Amostra

O público-alvo para a realização deste estudo foi constituído por idosos cadastrados nas UBSF da zona urbana de Jaçanã, os quais totalizam 863 idosos, sendo 369 do sexo

masculino e 449 do sexo feminino, estando distribuídos por UBSF da seguinte forma: UBSF Severina Medeiros Dantas – 438 idosos e na USF Prefeito José Pereira da Silva – 425 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAÇANÃ, 2014).

Como não houve possibilidade de mensurar dados da população total, foi realizado um cálculo amostral, viabilizado via *on-line* (SANTOS, 2014), a fim de identificar uma amostra do tipo aleatória simples, correspondente a um subconjunto selecionado para se obter informações relativas às características dessa população. A fórmula utilizada para o cálculo foi:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Com base nesta fórmula, em que ‘*n*’ corresponde ao valor da amostra calculada; ‘*N*’ corresponde à população; ‘*Z*’ é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança; ‘*p*’ diz respeito à verdadeira probabilidade do evento ocorrer; e ‘*e*’ corresponde ao erro amostral. Assim, considerando um percentual mínimo de 50% para a presença de depressão em idosos, erro amostral de 10% e nível de confiança de 90%, a amostra foi composta por 63 participantes.

Foram considerados na amostra alguns critérios de inclusão e exclusão. Dentre os critérios de inclusão estão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser cadastrado na Estratégia de Saúde da Família do município Jaçanã – RN; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; apresentar condições psicológicas favoráveis para responder ao questionário de coleta de dados, residir na zona urbana da cidade. Já os critérios de exclusão foram: presença de doenças que afetem a capacidade psicológica do idoso e ser idoso institucionalizado.

4.4 Instrumento para Coleta de Dados

Para a realização deste estudo foi utilizado como instrumento para coleta de dados a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), comumente usada para o rastreamento de depressão em idosos. A EDG foi descrita na língua inglesa por Yesavage et al. (1983), contendo originalmente 30 itens e 15 itens em sua versão reduzida (EDG-15). É uma escala de preenchimento simples, contendo exclusivamente perguntas objetivas com pequena variação das respostas (sim/não); não necessita de um profissional da área de saúde mental para sua

aplicação; e pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado (PARADELA, 2011).

Dentre os itens listados na EDG, Medeiros, Fernandes e Coelho (2010) afirmam que estão inclusos na escala assuntos referentes a sentimentos e comportamentos que decorrem na última semana. O questionário apresenta uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95%, além disso, não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. É válido salientar que foi utilizada nesta pesquisa a EDG-15, elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) e validada para o português por Almeida e Almeida (1999). Esta versão reduzida, de acordo com Borges e Dalmolin (2012), é um dos instrumentos mais utilizados para a detecção de depressão na população geriátrica brasileira, com sensibilidade e especificidade adequadas, com indicação de uso principalmente na Atenção Primária.

Dados pessoais, socioeconômicos e demográficos foram acrescentados em outro questionário formulado pelos pesquisadores, com questões objetivas de múltipla escolha e lacunas, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, situação de moradia, profissão, ocupação, percepção de saúde, arranjo familiar, estilo de vida e uso de medicação.

4.5 Procedimento para Coleta de Dados

Para que a coleta de dados pudesse ser iniciada, a priori foram adotados os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional (Apêndice C) ao Secretário Municipal de Saúde do município de Jaçanã – RN, para realizar a pesquisa nas UBSF, bem como a concordância do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com sua devida assinatura na folha de rosto; e 3. Submissão da Folha de Rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização do CEP do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sob parecer nº 927.419 (CAAE 38150214.5.0000.5183), as atividades de coleta foram executadas no mês de janeiro de 2015, inicialmente com a realização de reuniões com enfermeiros e agentes comunitários de saúde das UBSF, para possibilitar o acesso ao grupo de idosos pesquisado. A coleta de dados se deu através de visitas domiciliares aos idosos cadastrados

nas UBSF. Cabe mencionar que o TCLE foi devidamente lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados foi operacionalizada utilizando os procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais. Inicialmente os dados obtidos na coleta foram digitados no *software Excel 2010*, permitindo a construção de um banco de informações a partir das respostas obtidas para os itens no questionário, categorizando assim todas as variáveis.

Para análise inicial dos dados pessoais, socioeconômicos e demográficos bem como dos escores da EDG-15 utilizou-se medidas estatísticas descritivas, como frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão, de modo a obter a caracterização do comportamento de cada uma das variáveis no conjunto de observações. Em seguida o *software IBM-SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences)* serviu como ferramenta para a execução de testes estatísticos inferenciais, aplicando-se o teste de qui-quadrado com a finalidade de testar as hipóteses de associação entre variáveis categóricas elencadas como possíveis fatores de risco (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, situação de moradia, arranjo familiar, percepção de saúde, estilo de vida e uso de medicação) e a presença ou não de sintomatologia depressiva conforme a EDG-15, aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de p fosse inferior à 0,05.

4.7 Aspectos Éticos

Trabalhos de pesquisas envolvendo seres humanos devem atender a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de exigências éticas e científicas pertinentes. Os aspectos éticos que foram respeitados nesta pesquisa envolveram: o respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, assegurando o direito de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se assim com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a confidencialidade e a privacidade dos participantes da pesquisa, tendo sido preferencialmente desenvolvida em indivíduos com autonomia plena; comunicação às autoridades competentes os resultados obtidos na pesquisa para melhoria das condições de vida da coletividade (BRASIL, 2012).

No que se refere às responsabilidades e deveres do enfermeiro diante de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre o Código de Ética de Enfermagem, esta pesquisa atendeu as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos; podendo ser interrompida na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; respeitou os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

De um modo geral, esta pesquisa ofereceu riscos considerados mínimos aos participantes, pois os mesmos, certamente, ficaram apenas inibidos no momento da aplicação do questionário. Tais riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido com a presença do pesquisador, o participante teve a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução nº 466/12 do CNS.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa trouxe contribuições significativas para a população idosa, pois, a partir do resultado obtido, foram traçadas possíveis intervenções de enfermagem para que haja melhoria nos distúrbios depressivos em idosos, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos, como também, é uma forma de alertar as autoridades competentes e profissionais da saúde com relação a problemática, para que a partir de então, os casos de depressão em idosos não sejam subdiagnosticados como comumente acontece. Em suma, esta pesquisa foi desenvolvida em consonância com as diretrizes de ambas as regulamentações anteriormente citadas.

5 Análise e Discussão dos Resultados



Neste capítulo estão abordadas a análise e a discussão dos dados obtidos por meio da aplicação de um questionário junto aos idosos participantes do estudo, o qual se apresenta dividido em duas seções. A primeira seção aborda os resultados da caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica da amostra, expostos descritivamente em medidas de frequência absoluta e relativa; e na segunda estão exibidos os resultados referentes aos objetivos do estudo, especialmente àqueles obtidos através da EDG.

5.1 Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica

O presente estudo contou com a participação de 63 idosos cadastrados e acompanhados nas UBSF da zona urbana do município de Jaçanã – RN. Na Tabela 1 estão expostos os resultados referentes à caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica, abrangendo as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, situação de moradia e arranjo familiar.

Tabela 1 – Caracterização pessoal, socioeconômica e demográfica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN (n=63).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
Faixa Etária	60 a 69 anos	23	36,5%
	70 a 79 anos	30	47,6%
	Acima de 80	20	15,9%
Medidas descritivas	<i>Média = 72,08</i>		
	<i>Desvio padrão = 8,415</i>	<i>Mínima = 60</i>	<i>Máxima = 96</i>
Sexo	Masculino	24	38,1%
	Feminino	39	61,9%
Escolaridade	Não alfabetizados	17	27,0%
Medidas descritivas	<i>Média = 3,24</i>		
	<i>Desvio padrão = 4,596</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 28</i>
Estado civil	Solteiro	6	9,4%
	Casado	42	66,7%
	União estável	1	1,6%
	Divorciado	3	4,8%
	Viúvo	11	17,5%
Renda Familiar	Menor que 01 salário mínimo	2	3,2%
	Entre 01 e 02 salários mínimos	59	93,7%
	Acima de 03 salários mínimos	2	3,2%
Ocupação	Aposentado	60	95,2%
	Outras	3	4,8%
Situação de moradia	Própria	58	92,1%
	Alugada	5	7,9%

<i>Arranjo familiar</i>	Somente com o cônjuge	20	31,7%
	Cônjuge e filhos	14	22,2%
	Cônjuge, filhos, genro/nora	6	9,5%
	Somente com filhos/netos	3	4,8%
	Arranjos trigeracionais	13	20,6%
	Arranjos intrageracionais	1	1,6%
	Somente com netos	2	3,2%
	Não familiares	1	1,6%
	Sozinho	3	4,8
Total	63	100%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Como já mencionado, participaram deste estudo 63 idosos com idade superior a 60 anos. Conforme a Tabela 1 é possível observar que a média de idade dos entrevistados situa-se nos 72,08 anos, sendo o maior número de participantes (47,6%) inseridos entre 70 e 79 anos. Em um estudo realizado por Silva et al. (2012), houve uma predominância de idosos com idade superior a 80 anos (41,2%), apresentando uma maior prevalência de depressão em idoso nessa faixa etária.

Em consonância com essa informação, o MS afirma que o envelhecimento humano leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que pode ser proporcional ao aumento da idade e a uma piora da qualidade de vida dos idosos, podendo este ser um indício de que o idoso-idoso esteja mais susceptível a sintomas depressivos, corroborando com que a depressão seja mais frequente nos anos que precedem à aposentadoria, diminuindo na década seguinte e aumentando novamente essa prevalência após os 75 anos de idade (BRASIL, 2007).

No que diz respeito ao sexo, o feminino foi predominante, equivalendo a 61,9% da amostra. Tal resultado assemelha-se com o que é encontrado na literatura, pois Oliveira et al. (2012a) também obtiveram em seu estudo a predominância do sexo feminino, totalizando 61,9% da amostra. Os autores afirmam ainda que este resultado pode estar relacionado a uma longevidade maior nas mulheres bem como ao fato delas se cuidarem mais quando comparado aos homens e de se exporem menos a riscos. Há maior exposição dos homens, portanto, às doenças cardiovasculares e às taxas elevadas de óbitos por câncer, porém o sexo feminino está mais vulnerável ao desencadeamento da depressão. Segundo o MS a prevalência de depressão em mulheres quando comparada aos homens é numa proporção de 2:1 (BRASIL, 2007).

No tocante à escolaridade, o resultado de maior significatividade foi de indivíduos não alfabetizados, totalizando 27,0% da amostra, cuja média de escolaridade revelou-se em 3,24 anos estudados, demonstrando assim um nível de escolaridade muito baixo. Segundo Bastoni,

Neri e Cupertino (2010), a escolaridade pode ser considerada um fator de resiliência ou proteção por ampliar os recursos de enfrentamento dos idosos diante de situações estressantes e depressão, ou seja, idosos com níveis de escolaridade baixos podem apresentar maior risco de serem acometidos pela depressão. Tal fato merece atenção, haja vista tratar-se de um quadro social e de saúde relevante, respaldado pelo Estatuto do Idoso, onde prevê a garantia do seu direito à educação, respeitando as peculiaridades de idade (BRASIL, 2003).

A média de escolaridade dos idosos revelada no presente estudo está semelhante a média estimada pelo Censo Demográfico no ano de 2010 no Brasil, que foi de 4,2 anos. Enquanto que a média de anos estudados na região nordeste é de 2,8% e no Rio Grande do Norte é de 3,0 anos, estando assim o estudo acima da estatística regional e estadual (IBGE, 2010).

Em busca de melhorar esses índices apresentados acima, o Ministério da Educação criou desde 2003 o programa Brasil Alfabetizado (PBA), voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos. Tal programa é desenvolvido em todo o território nacional, sendo que 90% destes localizam-se na região Nordeste devido às altas taxas de analfabetismo (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013). Apesar disso é importante que haja uma abordagem diferenciada para alfabetização de idosos, levando em consideração suas necessidades e limitações, além de uma sensibilização para adesão dessa população às práticas educacionais, haja vista a forte resistência por parte dos idosos.

Em se tratando do estado civil, os resultados mais significativos foram de 66,7% de participantes casados e 17,5 % viúvos, estando em consonância com o estudo de Oliveira et al. (2012a), que também obteve proporção maior de idosos casados em relação aos demais. Desse modo, tais autores consideram este fato positivo, haja vista esse fator poder contribuir na minimização dos sentimentos de solidão que assolam essa fase da vida, reduzindo assim a probabilidade de depressão. Na mesma linha de raciocínio, estudos demonstram que idosos viúvos e divorciados merecem uma maior atenção por parte do serviço de saúde, sendo esses considerados uma categoria de risco para tal doença (SASS et al., 2012). Isso acontece por que os idosos viúvos ou divorciados tendem a viver sozinhos e é justamente esse sentimento de solidão que ocasiona essa predisposição (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

Ademais, a enfermagem no contexto da APS deve estar alerta para as situações de risco que predisõem o idoso à sintomatologia depressiva, para que sejam tomadas providências que visem a promoção da saúde e estes idosos não venham a ser acometidos pela depressão. Para isso, é necessário que haja inicialmente um levantamento de toda população idosa em busca dessas situações de risco, podendo o enfermeiro contar com o apoio dos

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas respectivas áreas adscritas e, a partir daí traçar estratégias como: criação de grupos de idosos na UBSF para que haja socialização dos mesmos; buscar estratégias junto a Secretaria de Assistência Social para que esses idosos não fiquem ociosos, podendo ser oferecidas oficinas de artesanato, lazer, aulas de atividade física como caminhada, dançaterapia, musicoterapia, e demais atividades que os idosos demonstrarem interesse.

No aspecto renda familiar, observa-se uma predominância de idosos (93,7%), com renda familiar renda entre 1 e 2 salários mínimos. Vale salientar que o salário mínimo vigente equivale a 788,00 (setecentos e oitenta e oito) reais. Pesquisa realizada por Oliveira et al. (2012a) aponta essa mesma renda e complementa dizendo que a maioria desses idosos são provedores da família, utilizando sua renda para suprir as necessidades de alimentação, moradia, transporte, entre outros, sendo esta proveniente principalmente de aposentadorias.

Apesar de ainda possuir um valor questionável quanto à cobertura das necessidades básicas, os benefícios previdenciários garantem ao idoso uma condição mínima de autonomia financeira (PORCIÚNCULA, 2012). Neste contexto, Caetano (2012) afirma que há uma maior vulnerabilidade a doenças como a depressão nos idosos de baixa renda, pois estas condições podem afetar o acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada, cuidados com a saúde, lazer, entre outros, prejudicando assim sua qualidade de vida.

No que se refere à ocupação, 95,2% dos idosos entrevistados são aposentados sem outra ocupação, resultado este bastante comum na literatura. Silva et al. (2012), por exemplo, obtiveram em seu estudo um quantitativo de 84,3% de indivíduos aposentados. No entanto, a aposentadoria é considerada por Both et al. (2012) como um fator contribuinte para a fragilização psíquica do idoso, haja vista que a partir de então o indivíduo passa por mudanças significativas em sua vida, já que há um desligamento do trabalho, do convívio pessoal, uma redução na renda financeira, a perda do status social, entre outras.

A aposentadoria, portanto, pode ser considerada um fator de afastamento quando o idoso na ausência da rotina anterior, não encontra atividades para a ocupação do tempo livre, acarretando em sérios prejuízos ao indivíduo, bem como desorientação emocional, desestruturação, sentimento de inutilidade e a uma maior vulnerabilidade para a depressão.

Em se tratando da situação de moradia, a maioria dos idosos entrevistados (92,1%) reside em casa própria e, como exigido pelos critérios de inclusão deste estudo, concentram-se na zona urbana do município de Jaçanã – RN. Contudo, em estudo realizado por Rodrigues et al. (2014) observou-se que a proporção de idosos com indicativo de depressão foi significativamente superior nos que moravam em casa cedida (25,8%). Identificaram ainda

que há uma grande discrepância entre a zona urbana e a zona rural no tocante às condições habitacionais, renda e acesso a bens e serviços. Ademais, no cenário urbano concentram-se a maior parte dos investimentos públicos em saúde, sendo possível considerar que o idoso residente em meio urbano possui uma melhor assistência a saúde, principalmente àqueles que residem em moradia própria, reduzindo assim o risco de depressão.

No que concerne ao arranjo familiar, o resultado mais expressivo mostra que os participantes residem principalmente com o cônjuge (31,7%). Nesse contexto, a literatura aponta que o maior percentual de idosos que residem apenas com o cônjuge é consequência da saída dos filhos de casa, em busca de estudo e oportunidades de trabalho nas cidades. Todavia, o indicativo de depressão, neste estudo, não esteve associado ao arranjo de moradia (FERREIRA et al., 2013).

É oportuno destacar que a presença do cônjuge ou de outros membros da família considera-se fator protetor para a depressão uma vez que pode favorecer o incentivo ao autocuidado e a continuidade do tratamento para depressão de maneira adequada (RODRIGUES et al., 2014). Na mesma linha de raciocínio, em pesquisa realizada com idosos na China, verificou-se que aqueles que moravam sozinhos apresentavam maior risco para desenvolver a depressão, em decorrência das dificuldades relacionadas ao acesso a serviços de saúde e menor apoio social (GAO et al., 2009).

5.2 Situação de saúde e estilo de vida de idosos participantes do estudo

O envelhecimento humano tem a característica de tornar os indivíduos mais susceptíveis a diversas doenças. A situação de saúde e estilo de vida dos mesmos, por sua vez, pode influenciar no surgimento da sintomatologia depressiva. Desse modo, identificar a correlação entre esses fatores é de suma importância para que haja um melhor entendimento acerca da problemática para que assim sejam tomadas atitudes cabíveis, visando a prevenção e/ou cuidado da depressão em idosos. A Tabela 2 diz respeito a situação de saúde e estilo de vida dos idosos participantes do estudo.

Tabela 2 – Situação de saúde e estilo de vida de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN (n=63).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Percepção de saúde</i>	Muito boa	6	9,5%
	Boa	13	20,6%

	Regular	32	50,8%
	Ruim	10	15,9%
	Péssima	2	3,2%
Presença de comorbidades	HAS	32	50,8%
	DM	2	3,2%
	HAS + DM	2	3,2%
	HAS + DM + Parkinson	2	3,2%
	HAS + DM + Artrose	1	1,6%
	HAS + DM + Cardiopatia	3	4,8%
	HAS + Osteoporose	1	1,6%
	Nenhuma	20	31,7%
Estilo de vida	Ativo	21	33,3%
	Sedentário	42	66,7%
Tipo de exercício físico	Caminhada	16	25,4%
	Ciclismo	2	3,2%
	Futebol	3	4,8%
	Nenhuma	42	66,7%
Uso de medicação	Sim	44	69,8%
	Não	19	30,2%
	Total	63	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: DM = Diabetes mellitus; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

Conforme exposto na Tabela 2, no que se refere a percepção da saúde, a maior parte dos idosos participantes do estudo (50,8%) caracterizaram sua saúde como regular, dado este que demonstra uma neutralidade para insatisfação da percepção dos idosos com a saúde. Apenas 9,5% caracterizou sua saúde como muito boa e 3,2% como péssima. Tais resultados divergem do estudo realizado por Borges et al. (2013), onde em sua maioria obteve relato ruim ou muito ruim, de modo que a autopercepção da saúde associou-se com a sintomatologia depressiva.

A autopercepção da saúde implica no julgamento do sujeito sobre seu estado de saúde, processo que sofre influência da capacidade cognitiva do sujeito, dando-se nos idosos dentro de um contexto que envolve as alterações físicas e mentais próprias ao processo de envelhecimento, associadas à questões culturais e ambientais no qual o idoso está inserido (FREITAS et al., 2013). Rabelo et al. (2011) corroboram o estudo dizendo que a autopercepção da saúde para os idosos consiste em sentir-se bem, mesmo na presença de agravos e doenças significativas que possam dificultar ou impedir a realização de habilidades e capacidades.

Dentre as comorbidades encontradas nesse estudo, enfatiza-se a hipertensão obteve o resultado mais significativo apresentando um percentual de 50,8%, ou seja, mais da metade dos

idosos participantes do estudo são hipertensos. No entanto, a HAS apareceu também a associação entre algumas comorbidades, como diabetes mellitus (3,2%), diabetes e Parkinson (3,2%), diabetes e artrose (1,6%), diabetes e cardiopatia (4,8%) e a osteoporose (1,6%). É válido salientar ainda que o DM apesar de constituir apenas 3,2% da amostra, também esteve associado a outras comorbidades como é possível notar nos dados descritos anteriormente.

A literatura aponta que a HAS é a doença de natureza multifatorial que mais afeta os idosos. Revela-se como causa de incapacidade e motivo de muitas dificuldades cotidianas entre esse grupo etário, acometendo cerca de 60% da população idosa. Está frequentemente associada a outras doenças como a arteriosclerose, diabetes mellitus e a síndrome metabólica, conferindo a este grupo alto risco cardiovascular, constituindo a principal causa de morte na pessoa idosa. Pode ainda causar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social. Nessa lógica, a HAS contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas, podendo interferir em sua capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (RABELO et al., 2011).

O DM é definido como uma doença endócrino-metabólica cuja característica é a elevação dos níveis de glicose no sangue, resultantes da defasada secreção do hormônio insulina pelo pâncreas e/ou por uma ação insuficiente desse hormônio nos tecidos alvos, podendo ser classificado como: DM tipo 1, DM tipo 2, DM Gestacional e DM Secundário (SMELTZER et al., 2012). Está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (MADEIRA et al., 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2030, o Brasil terá uma população aproximada de 11,3 milhões de diabéticos (MENDES et al., 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a depressão está associada à hiperglicemia e a um risco aumentado de complicações do diabetes bem como o alívio da depressão associa-se a uma melhora significativa do controle glicêmico. A probabilidade de depressão na população diabética é duas vezes maior do que a da população não diabética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Já para a HAS, a depressão se apresenta como fator de risco para o seu desenvolvimento (QUINTANA, 2011). Entretanto, essas doenças podem ocasionar no idoso, sintomas como ansiedade, tristeza, stress, medo, angústia, etc, que se apresentam como fatores de risco para o desencadeamento dos sintomas depressivos.

No que se refere ao estilo de vida, o resultado mais significativo foi de idosos sedentários (66,7%), estatística essa preocupante, haja vista o elevado número de idosos

portadores de hipertensão, principalmente pelo fato da associação desta com outras doenças cardiovasculares. Em estudo comparativo entre idosos ativos e sedentários constatou-se maior incidência de depressão em idosos sedentários, ou seja, os níveis de depressão e a prática de exercício físico apresentaram uma relação inversa (MINGHELLI et al., 2013). Além disso, a adoção do comportamento sedentário influencia negativamente os componentes da aptidão física, reduzindo a flexibilidade, a capacidade aeróbica, a força e a resistência muscular, estando também associada a doenças crônico-degenerativas e aos fatores de risco que as determinam (QUEIROZ et al., 2013).

Dentre os que praticam exercício físico (33,3%), um significativo percentual faz caminhada (25,4%). Este fato se dá principalmente devido sua praticidade, facilidade de execução e isenção de custo. Dentre os benefícios da caminhada destacados em um estudo realizado em São Paulo estão o aumento da capacidade aeróbica, da flexibilidade lombar e de ombros e da força muscular de membros inferiores (QUEIROZ et al., 2013). De um modo geral, a prática de exercícios físicos auxilia na redução dos sintomas de ansiedade e depressão. Esse fato pode ser explicado pelo aumento da liberação de hormônios como catecolaminas, ACTH, vasopressina, β -endorfina, dopamina, serotonina e pela ativação de receptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico, obtendo um resultado relaxante após o esforço (MINGHELLI et al., 2013).

Frente a este cenário, é relevante que sejam desenvolvidas medidas estratégicas por profissionais da atenção primária à saúde encorajando os idosos para a prática de exercícios físicos, levando em consideração o tipo de exercício, o tempo de execução e as limitações de cada um. Neste sentido, a literatura sugere que o exercício físico para a melhoria do humor deve ser de caráter aeróbio, não competitivo, de intensidade moderada e com uma duração entre 20 e 40 minutos (MINGHELLI et al., 2013). Nesse contexto, o enfermeiro da ESF pode, juntamente com um educador físico, fazer um plano de atividades físicas leves e de fácil execução, respeitando as peculiaridades de cada um, enfatizando a importância e os benefícios da atividade física para o bem-estar do idoso.

A variável relacionada ao uso de medicação demonstra uma percentagem significativa (69,8%) quanto à resposta positiva ao uso de medicamentos. Isso se justifica com base nas doenças referidas pelos participantes, ou seja, o uso de fármacos é decorrente do tratamento das comorbidades autorreferidas. Dentre os medicamentos citados pelos idosos participantes do estudo estão Losartana, Hidroclorotiazida, Captopril, Glibenclamida, Ibuprofeno, Lozeprel, Atenolol, Sumarium, Propranolol, Sinvastatina, Metformina, Higroton, Sustrate,

Clorana, Valsartana e Nimesulida. É importante destacar que alguns idosos referiram uso de medicação, porém não lembraram o nome. Vale relatar que algumas das medicações citadas são analgésicos e antiinflamatórios, adquiridos por prescrição médica.

O MS afirma que a utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua utilização correta e a orientação adequada das pessoas idosas e de seus familiares, são alguns dos elementos primordiais na manutenção da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2007). Contudo, cabe aos profissionais da saúde, em especial a enfermagem, a tarefa de assistir o idoso de modo integral, educando e orientando de forma clara os cuidados para que o tratamento medicamentoso seja seguro e eficaz.

Desse modo deve-se orientar, portanto, as instruções de uso da medicação quanto a dose, horário certo e armazenagem, podendo lançar mão de alguns artifícios artesanais ilustrativos, que diferencie bem cada tipo de medicação e horário da dose, como por exemplo, caixas coloridas; alertar os idosos quanto ao uso indiscriminado de medicação, muitas vezes sem necessidade, os riscos relacionados à polifarmácia, como os eventos adversos e a interação medicamentosa ocasionada pelo uso concomitante de vários fármacos; e promover uma sensibilização para que a terapia medicamentosa seja utilizada somente quando for estritamente necessária, pois é característica desse grupo etário, o uso de medicamentos, muitas vezes prescritos pelos próprios médicos, sem necessidade deixando o organismo “viciado” em determinadas substâncias, como exemplo os analgésicos e tranquilizantes. É válido salientar ainda que em todo esse processo a família também deve estar ciente dessas orientações.

5.3 Prevalência de depressão em idosos e fatores associados

Detectar a sintomatologia depressiva é relevante para o cuidado com a saúde da pessoa idosa, haja vista a depressão ter o poder de agravar o processo saúde-doença dessa população. Neste tópico estão apresentados e discutidos os resultados referentes à prevalência de depressão na população idosa bem como as associações da sintomatologia depressiva com fatores de risco. A Tabela 3 apresenta o resultado referente à prevalência de depressão em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN.

Tabela 3 – Prevalência de depressão em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Jaçanã – RN (n=63).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>Depressão</i>	Sim	29	46,0%
	Não	34	54,0%
	Total	63	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Após avaliação da EDG-15, utilizando o escore maior que 5 como indicativo de depressão, observou-se o escore positivo para a presença de sintomatologia depressiva de 46,6% da amostra, percentagem menor quando relacionada aos que apresentaram escore negativo (54,0%), porém bastante significativa, principalmente quando comparada a um estudo realizado no estado de Pernambuco, no qual o escore positivo para sintomatologia depressiva foi de apenas 16,3% (AGUIAR et al., 2014).

A pesquisa foi realizada com base em um cálculo amostral, o que permite generalização, podendo assim considerar que quase metade da população idosa de Jaçanã – RN apresenta sintomatologia depressiva. Um fator relevante que compromete a qualidade de vida dessa população e que não pode ser negligenciado pelo serviço de saúde.

Devido a baixa demanda de idosos nas UBSF da zona urbana do município, a pesquisa ocorreu basicamente em domicílio. Um fato negativo foi que alguns idosos se mostraram amedrontados com a presença do mesmo em sua residência, indagando sempre a possibilidade de haver a intenção por parte do pesquisador em fazer empréstimo consignado, já que o idoso necessitava assinar o TCLE. Outro aspecto negativo foi a presença de familiares no momento da pesquisa, percebendo-se certa apreensão por parte do idoso em responder determinadas perguntas da EDG-15, não sendo sincero em sua resposta para não desagradar o familiar, acarretando portanto, que possíveis casos de sintomas depressivos fossem evidenciados, ficando assim alguns casos subdiagnosticados.

O valor positivo do escore para sintomatologia depressiva pode estar relacionado à falta de ações e atividades voltadas para saúde do idoso na cidade de Jaçanã-RN, bem como a busca ativa desses idosos não somente para o tratamento de comorbidades como HAS e DM, mas também voltadas à saúde mental e à qualidade de vida desse público. Embora o município disponha de um Centro de Convivência de Idosos, onde há grupo de dança, artesanato, passeios turísticos, etc., esse centro não é suficiente para atender as necessidades de toda população, visto que boa parte dos idosos não o frequentam, necessitando assim de

uma abordagem diferenciada por parte da ESF, especialmente pelo enfermeiro, juntamente com as secretarias de assistência social, cultura e educação, de modo que os idosos que não se dispõem a frequentar voluntariamente esse centro de convivência sejam apresentados a esse serviço através de eventos e encontros, e assim eles possam familiarizar-se e quem sabe passar a fazer parte do grupo. Emerge, portanto, a necessidade de estruturação de um espaço amplo de convivência para idosos que conte com uma equipe multiprofissional incluindo enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, assistente social, médico, terapeuta ocupacional e nutricionista, devidamente equipado para atender ao idoso de forma holística e integral visando sempre a promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo a depressão.

A literatura reforça que a participação em grupos de convivência mostrou-se, em um estudo, como efeito protetor, sinalizando a importância da rede social na manutenção da saúde e na prevenção e/ou tratamento da depressão entre pessoas idosas (BORGES et al., 2013). Corroborando esta informação, estudos indicam a importância da qualidade nos relacionamentos sociais para o bem-estar físico, psicológico e social na terceira idade (CARNEIRO; FALCONE, 2013). Diante do exposto, é possível afirmar que as relações interpessoais, sejam elas com familiares, amigos ou outros idosos, implicam diretamente na qualidade de vida dessa população, de modo que funciona como um fator protetor contra a sintomatologia depressiva, diferentemente do isolamento social que é um fator de risco para o desencadeamento da mesma.

Nesse contexto, é necessário que haja uma abordagem efetiva dos problemas relacionados à saúde mental pelos profissionais da APS, buscando uma articulação entre recursos comunitários e intersetoriais, afastando-se das ações com foco no modelo de queixa-conduta, além disso, conhecer as condições socioculturais, os recursos da comunidade e da família são primordiais para o enfrentamento da problemática (FERREIRA; TAVARES, 2013).

O enfermeiro pode exercer um papel fundamental nessa abordagem por meio da consulta de enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutive, respaldada por lei, privativa do enfermeiro e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada. A consulta de enfermagem facilita a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento precoce, viabilizando assim o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente e facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas, devendo ser norteadas pela SAE, um método científico com aplicação específica, de modo que o cuidado de Enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo (OLIVEIRA et al., 2012b). Ademais, o acolhimento e a escuta qualificada vem como estratégia antes mesmo

dos diagnósticos de enfermagem. Acolher o sofrimento do outro proporciona a formação de vínculo, confiança e partilha, aliviando a angústia.

Para que haja uma assistência efetiva a saúde do idoso é primordial citar também a estruturação de uma rede de atenção a pessoa idosa, definida como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICADA DA SAÚDE, 2011). Dessa forma, a Atenção Básica pode se agregar aos demais níveis de atenção à saúde para que os idosos tenham acesso a todo e qualquer tipo de atendimento.

Para uma compreensão da influência de fatores socioeconômicos, demográficos, a situação de saúde e o estilo de vida na prevalência de sintomatologia depressiva foram testadas 09 (nove) hipóteses estatísticas a fim de verificar a associação entre as variáveis mencionadas com a ocorrência de sintomas depressivos (Tabelas 4 e 5), aceitando como valores estatisticamente significantes quando o valor de p for inferior à 0,05.

Tabela 4 - Associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis socioeconômicas e demográficas de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família, Jaçanã – RN (n=63).

Prevalência	Variáveis socioeconômicas e demográficas					
	Faixa Etária	Sexo	Estado civil	Renda familiar	Situação de moradia	Arranjo familiar
Depressão	0,540	0,586	0,755	0,413	0,514	0,632

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Analisando a associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis socioeconômicas e demográficas, conforme a Tabela 4, observa-se que a presença de depressão independe da faixa etária, sexo, estado civil, renda, situação de moradia e arranjo familiar. Esse resultado corrobora o estudo realizado por Aguiar et al. (2014) onde também não houve associação entre essas variáveis com a sintomatologia depressiva. Em contrapartida, outro estudo demonstra que existe associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas indicando que as desigualdades sociais influenciam as condições de vida e de saúde e podem contribuir para o aparecimento desses sintomas (BORGES et al., 2013).

Neste contexto, diversos estudos têm demonstrado que as variáveis sexo, idade, estado civil, arranjo familiar e renda familiar, são considerados fatores de risco para o

desencadeamento dos sintomas depressivos. Desse modo, existe discrepância entre os resultados desse estudo com o encontrado em algumas literaturas que apontam o sexo feminino como o mais acometido pela depressão, justificando-se pelos fatores socioculturais, psicológicos e pela maior vulnerabilidade a eventos estressores bem como a maior facilidade de admitir, ou verbalizar seus sentimentos que os homens (AGUIAR et al., 2014). No que se refere à idade, estudos apontam que quanto maior a idade do idoso, maior a sintomatologia depressiva, podendo esta associação estar relacionada especialmente à perda da capacidade funcional e ao declínio da saúde com o passar do tempo (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

A variável estado civil também aparece na literatura associada aos sintomas depressivos, onde os idosos viúvos e divorciados merecem uma maior atenção, sendo esses considerados uma categoria de risco para tal patologia (SASS et al, 2012). Contudo, o presente estudo obteve um maior percentual de idosos casados, podendo assim ser explicado o fato de não ter existido associação estatística entre o estado civil e a depressão. Neste contexto, Ferreira et al. (2013) afirmam que há uma menor prevalência de depressão entre aqueles que são casados e residem com o cônjuge, porém apenas quando existe um bom relacionamento entre eles.

No que se refere à renda, diferentemente do resultado encontrado nesse estudo, onde não houve associação significativa desta com a sintomatologia depressiva, Caetano (2012) afirma que os idosos de baixa renda estão mais susceptíveis a doenças como a depressão, pois estas condições podem afetar o acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada, cuidados com a saúde, lazer, entre outros, prejudicando assim sua qualidade de vida. Nessa mesma lógica, embora não seja fato nesta investigação, idosos que não residem em moradia própria possuem uma associação significativa entre a presença de sintomas depressivos, ocasionado devido dificuldades financeiras, o que contribui para maior insegurança e instabilidade emocional e psicológica do idoso (RODRIGUES et al., 2014).

Em relação ao o arranjo familiar, estudos demonstram que os idosos que vivem com familiares, sem a presença do companheiro (a), apresentaram maior percentual de sintomatologia depressiva (AGUIAR et al., 2014). Dessa forma é possível justificar a não associação do arranjo familiar com a sintomatologia depressiva encontrada no presente estudo, haja vista a obtenção de uma percentagem significativa de idosos que residem com o cônjuge.

Tabela 5 - Associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis da situação de saúde e estilo de vida de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Jaçanã – RN (n=63).

Prevalência	Variáveis da situação de saúde e estilo de vida		
	Percepção de saúde	Estilo de vida	Uso de medicação
Depressão	0,005	0,317	0,039

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Em se tratando da associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e variáveis da situação de saúde e estilo de vida dos idosos participantes do estudo, é possível observar na Tabela 5 que houve associação significativa entre “Percepção de saúde e Depressão” e entre “Uso de medicação e Depressão”. A associação foi evidenciada na categoria da percepção da saúde descrita como ruim e na resposta positiva para o uso de medicação. Esse resultado demonstra semelhança no que é encontrado na literatura através do estudo desenvolvido por Aguiar et al. (2014), onde os idosos que apresentaram indicativo de sintomatologia depressiva, foram aqueles que autoavaliaram sua saúde como ruim.

Ademais, a insatisfação com a saúde evidenciada através dos resultados desse estudo, demonstra que a percepção da saúde influencia diretamente no bem-estar e qualidade de vida do idoso, de modo que a doença é um fator preocupante a essa população. Contudo, a autopercepção considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo, devendo ser reconhecida pelos profissionais para auxiliar na implementação de ações individuais que promovam melhoria do seu estado de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

O fato é que o indicativo de depressão na população estudada está relacionado a má condição de saúde. Neste aspecto, a presença de doença em 68,4% dos idosos pode estar relacionada ao próprio processo de envelhecimento, onde há uma maior susceptibilidade ao surgimento de diversas doenças e o fato do idoso muitas vezes não ter resiliência suficiente para o enfrentamento desse processo, acaba gerando conflitos pessoais e insatisfação com a saúde, levando ao surgimento de sintomas depressivos. Outro fator que pode estar relacionado a essa problemática é o descuido, por parte dos idosos, com a própria saúde, principalmente no que se refere à prevenção de doenças, pois grande parte da população busca o serviço de saúde apenas na presença de sintomatologia. Além disso, o estilo de vida pode ser outro fator preponderante neste processo, haja vista a maioria dos idosos participantes do estudo não praticar nenhuma atividade física, sendo o sedentarismo considerado um agravante da saúde, e juntamente com essas doenças, acabam interferindo negativamente em suas AVD e estilo de vida, deixando assim o idoso insatisfeito com a saúde, predispondo-o assim a sintomatologia depressiva.

Outra questão que merece atenção a esse respeito é a evidência de que os serviços de APS do município de Jaçanã-RN apresentam-se fragilizados, não cumprindo totalmente o modelo assistencial de prevenção de agravos e promoção da saúde, ou seja, assistindo a população de modo curativo e não preventivo. É imprescindível que os serviços de saúde, os profissionais da saúde, gestores, a assistência social e demais setores de políticas públicas do município, reorientem o modo de fazer saúde, principalmente diante dos idosos, pois a população está envelhecendo e trazendo consigo um quantitativo relevante de doenças, que, conforme está provado neste estudo, resultarão em prevalência ainda maior de depressão.

Este cenário é preocupante e não deve ser negligenciado. Todos os níveis de atenção à saúde devem estar preparados para o cuidado ao idoso e precisam estabelecer parcerias intersetoriais, em que por meio de uma equipe multiprofissional, assegurem uma assistência integral a este público. Os enfermeiros das UBSF devem atuar no rastreamento da sintomatologia depressivas, aplicando a EDG, e desempenhando ações de prevenção da doença, estando sempre atentos para indícios de sintomas depressivos e buscando socializar esses idosos através de rodas de conversas e, como mencionado anteriormente, por meio de parceria com a Assistência Social e outras áreas com atividades laborais, de lazer, artesanato, dentre outras.

No que se refere a associação entre o “Uso de medicação e Depressão”, a presente pesquisa se apresenta com um resultado inovador, pois foram encontrados pouquíssimos estudos referentes a essa associação. Dentre as medicações citadas pelos idosos entrevistados estão os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e vasodilatadores coronarianos. Medicações semelhantes àquelas encontradas em outro estudo, onde houve predominância de anti-hipertensivos, digitálicos, antiinflamatórios e analgésicos e antipsicóticos, sendo esses, apontados como precipitadores de depressão no idoso (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Não foram encontrados estudos que explicassem o porquê desses fármacos serem considerados como fator de risco para o desencadeamento da depressão em idosos. No entanto, podemos relacionar isso ao fato de que o idoso, por estar fazendo uso diariamente de medicações, entenda isso como um fator negativo para sua vida, o levando a pensar que não goza de boa saúde. Isto remete novamente ao resultado de que a percepção da saúde tida como ruim está associada a sintomatologia depressiva. O uso indiscriminado de medicação é outro fato que merece atenção, pois na maioria das vezes essas drogas são desnecessárias à terapêutica do idoso por possuírem importantes contraindicações ou envolverem reações iatrogênicas, entre elas a depressão (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010). Dessa

forma, é importante que o enfermeiro sensibilize esses idosos quanto aos riscos de fazer uso de medicação sem orientação médica, enfatizando que o organismo pode acostumar com o uso constante de determinadas substâncias, fazendo com que o indivíduo se torne dependente desta droga.

A partir do pressuposto de que a farmacoterapia está sendo evidenciada como fato relacionado à depressão, salienta-se a importância de terapias não-farmacológicas ou terapias complementares para o cuidado com a população idosa. Assim, para que esse cuidado seja holístico é importante que haja uma parceria do enfermeiro e médico com outros profissionais no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentre esses profissionais destaca-se o nutricionista, responsável pela prescrição da dieta específica para as necessidades de cada idoso bem como pelo acompanhamento das medidas antropométricas; o educador físico, prestando assistência em atividades físicas, especificando o tipo de exercício apropriado para cada idoso bem como seu tempo de execução; o psicólogo, fazendo todo acompanhamento e aconselhamento desse idoso frente a problemas psicológicos; o fisioterapeuta, atuando nos processos de reabilitação física; e o assistente social, para análise do ambiente em que o idoso está inserido, sobretudo para identificação de fatores de risco sociais que venham comprometer sua saúde.

É possível sugerir ainda que essa associação entre o “Uso de medicação e Depressão”, pode estar relacionada à presença das comorbidades autorreferidas pelos idosos, tais como HAS, DM, Parkinson, cardiopatias, osteoporose e artrose, haja vista que o uso de medicação é decorrente do tratamento dessas doenças. Além das medicações utilizadas pelos idosos participantes do estudo para tratamento das doenças apresentadas, o tratamento da depressão também é realizado na maioria das vezes por meio de terapia farmacológica.

No entanto existem outras modalidades terapêuticas para este fim, tais como: o atendimento individual ou em grupo pela psiquiatria, as atividades comunitárias e o atendimento à família, bem como a psicoterapia que envolve as oficinas culturais, atividades esportivas como caminhada e ginástica orientada, dentre outras, com intuito de viabilizar a reintegração social, a formação de redes de apoio e estimular o autocuidado, favorecendo assim a promoção da saúde e reabilitação dos idosos acometidos pela depressão (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Outra modalidade terapêutica interessante é a terapia cognitivo-comportamental que é considerado o modelo psicoterápico muito eficaz em idosos com depressão, podendo ser configurada na modalidade grupal, atendendo assim um maior número de pacientes em reduzido número de sessões, ou individual, consistindo basicamente em um modelo educativo

de terapia, no qual o terapeuta busca ensinar aos pacientes novos comportamentos e crenças adaptativas, para que estas substituam as crenças antigas e disfuncionais (LOBO et al., 2012).

Diante da problemática apresentada, percebe-se a necessidade de uma atenção especial voltada para a população idosa visando a promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente voltados para os transtornos mentais, principalmente a depressão, visando uma melhoria na qualidade de vida dos idosos.

6 Considerações Finais



Partindo do pressuposto de que a população idosa está em constante crescimento e que esse processo de envelhecimento acarreta diversas modificações tanto biológicas, como sociais e psicológicas, o presente estudo surgiu a partir da curiosidade de avaliar a prevalência de depressão em idosos no município de Jaçanã – RN, além do interesse em conhecer suas características socioeconômicas e demográficas dos idosos, identificar os fatores predisponentes para sintomatologia depressiva e propor estratégias de enfermagem para prevenção e tratamento deste agravo, simplesmente pelo fato dessa ser um transtorno mental consideravelmente comum e que, no entanto ainda não é tratada com a atenção devida pelos serviços de saúde.

Com base nos resultados obtidos, em se tratando dos dados socioeconômicos e demográficos, foi possível constatar que a maioria dos idosos possui idade entre 70 a 79 anos, com uma média situada nos 72,08 anos. Houve uma maior predominância de idosos do sexo feminino, não alfabetizados, casados e com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, proveniente de aposentadorias.

De acordo com a análise da EDG, considerando o escore maior que 5 como indicativo de depressão, a pesquisa constatou que quase metade da população idosa do município (46,6%) apresenta sintomatologia depressiva, evidenciando assim um fator relevante que compromete a qualidade de vida dessa população e que não pode ser negligenciado pelo serviço de saúde.

Após análise da associação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e as variáveis socioeconômicas e demográficas, constatou-se que a presença dessa sintomatologia independe dessas variáveis, ou seja, faixa etária, sexo, estado civil, renda, situação de moradia e arranjo familiar, não foram fatores precipitantes para depressão nesse estudo. Em contrapartida, o resultado de grande relevância para o estudo está relacionado à associação da sintomatologia depressiva com a percepção de saúde descrita como ruim e o uso de medicação. Isso leva a crer que ambas variáveis estão associadas à presença de doença em 68,4% dos idosos participantes do estudo, de modo que estas influenciam negativamente na percepção da saúde, bem como o uso dos fármacos descritos pelos idosos, utilizados no tratamento dessas doenças, embora exista a possibilidade de alguns medicamentos precipitarem a sintomatologia depressiva.

Mediante as considerações apresentadas, percebe-se a importância do fundamento desta pesquisa para o município e órgãos competentes, evidenciando que a assistência ao idoso está deveras ineficaz, comprometendo assim a qualidade de vida dos mesmos. O resultado inédito para o município sugere contribuições que podem despertar para um novo

modo de fazer saúde frente à população idosa. Os achados possibilitam, por parte dos gestores, a formulação de estratégias de atenção à saúde, algumas já propostas nesse estudo, para reverter a grande proporção de idosos com sintomas depressivos, buscando políticas públicas que possam ajudar ao município lidar com essa problemática. Para isso é essencial que haja uma parceria eficiente entre a Secretaria Municipal de Saúde e a equipe da Estratégia Saúde da Família, buscando potencializar as práticas assistenciais e promover melhores níveis de qualidade de vida para os idosos.

Este estudo fornece aos enfermeiros contribuições importantíssimas para prevenção da depressão, tratamento desta e melhoria da qualidade de vida dos idosos, através de sugestões intervencionais pertinentes a essa classe de profissionais. Dentre as intervenções propostas pelo estudo estão a realização de educação em saúde com temas referentes à importância da atividade física no bem-estar do idoso; orientações acerca dos riscos do uso indiscriminado de medicações; criação de um grupo de apoio para que os idosos mantenham suas redes sociais; a busca de parcerias com outros níveis de atenção aos idosos, como a assistência social, para desenvolvimento de atividades ocupacionais, de lazer, físicas, etc.; e o rastreio eficiente, por meio da EDG, de idosos com sintomatologia depressiva para que seja realizado o tratamento cabível, medicamentoso ou não.

Ademais, a enfermagem deve se preocupar constantemente com a melhoria de sua assistência, buscando conhecimentos próprios para sistematizar e organizar sua prática e seu processo de cuidar, de modo que venha favorecer uma assistência integral, baseada não apenas na dimensão biológica do idoso, mas especialmente na compreensão do contexto social que esse idoso está inserido e o seu processo saúde-doença, tanto para fins de promoção da saúde como no tratamento de doenças já instaladas.

Referências



AGUIAR, A. M. A. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 853-866, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00853.pdf>>. Acesso em: 05 de fev. 2015.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int J Geriatr Psychiatry**, [S.l.], v. 14, n. 10, p. 858-65, 1999.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67 – 82, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452014000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 de dez. 2014.

BASTONI, S. S. T; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1137-43, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32873/35441>>. Acesso em: 12 de fev. 2015.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.
Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. [S. l.], 2012 (Ano VI. n. 18). Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+\(2\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+(2).pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 26 de jun. 2014.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev. bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 75-82, Abr.-Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/381>>. Acesso em: 25 de jul. 2014.

BORGES, L. J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 701-10, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400701>. Acesso em: 20 de jan. 2015.

BOTH, T. L. et al. Consideração sobre o idoso aposentado: uma intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental como instrumento de preparação à aposentadoria. **Rev. Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 90-101, 2012. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/2793>>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 14), (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19), (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 de jun. 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em 26 de jun. 2014.

_____. Conselho Nacional de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev. 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 17 de jul. 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Brasília], DF, dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 de jul. 2014.

CAETANO, S. C. Associação entre rede e apoio social com auto-avaliação da saúde em idosos residentes do Município do Rio de Janeiro. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=655595&indexSearch=ID>>. Acesso em: 30 de jan. 2015.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. M. de O. O desenvolvimento das habilidades sociais em idosos e sua relação na satisfação com a vida. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 18, n.3, p.17-526, jul-set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300012>. Acesso em: 07 de fev. 2015.

CASTILHO, G. M.; MOTA, L. B. Diferenças entre tristeza e depressão. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Disponível em:
<<http://www.sbgg.org.br/publico/?artigos&id=1632>>. Acesso em: 27 de jun. 2014.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.45, n.2, p. 1763- 8, dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022>. Acesso em: 26 de maio de 2014.

CLOSS, V. E.; SCHUWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2014.

DIAS, C. B; SILVA, A. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 469-75, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200032&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 de jul. 2014.

DOENGENS, M, E. **Diagnóstico de enfermagem**: intervenções, prioridade, fundamentos. 12 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FAGHERAZZI, S. B. Análise da influência de diferentes fatores sobre as pressões ventilatórias máximas em idosos do município de porto alegre – brasil. **Instituto de Geriatria e Gerontologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2010. Disponível em:
<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/3597>>. Acesso em: 16 de jun. 2014.

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. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, jan./mar. 2010. Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/343>>. Acesso em: 30 de maio de 2014.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.401-7, abr. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200018>. Acesso em: 30 de maio de 2014.

FERREIRA, P. C. S. et al. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. **Rev. Eletr. Enf**, Uberaba, v. 15, n. 1, p. 197-204, jan/mar,

2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a23.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

FIDELIS, L. T.; PATRIZZI, L. J.; WALSH, I. A. P. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.109-16, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FREITAS, D. H. M. et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. Clín**, São Paulo, v. 37 n.1, Jan., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100007>. Acesso em: 30 de jan. 2015.

GAO S. et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **Int J Geriatr Psychiatry**, [S. l.], v. 24, n. 13, p. 58-66, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2833291/>>. Acesso em: 24 de jan. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2931-40, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600031&script=sci_arttext>. Acesso em 27 de maio de 2014.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 289-99, ago. 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 de jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Infográficos da cidade de Jaçanã-RN**, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240500&search=rio-grande-do-norte|jacanalinfograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 15 de jul. 2014.

_____. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos & Pesquisas**, 2010. Disponível em:

<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores Sociais/Sintese de Indicadores Sociais 2012/SIS 2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>. Acesso em: 10 de fev. 2015.

KUPFER, David. O DSM-5 é o melhor que temos para diagnosticar os transtornos mentais. **Rev. Veja**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-dsm-5-e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

LOBO, B, de O. M. et al. Terapia cognitivo comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: teoria e prática**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012.

MADEIRA, T. C. S. et al. Depressão em Idosos Hipertensos e Diabéticos no Contexto da Atenção Primária em Saúde. **Rev. APS**, Maranhão, v. 16, n.4, p. 393-398, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>>. Acesso em: 10 de fev. 2015.

MARCONI, M. D. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIO, O. **Jaçanã Meio Século de Historia**. Natal: Grafinoorte, 2003

MEDEIROS, J. M.; FERNANDES, L., COELHO, R. Depressão no idoso. Mestrado Integrado em Medicina. **Rev. Acta Médica Portuguesa**, [Portugal], abr. 2010. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 18 de jul. 2014.

MENDES, T. de A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600020>. Acesso em: 27 de jan. 2015.

MINGHELLI, B. et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev Psiq Clín**, V. 40, n. 2, p. 71-6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n2/v40n2a04.pdf>>. Acesso em: 10 de fev. 2015.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília: 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA S. P. P. Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento. **Rev. Med**, Minas Gerais, v. 1, n.20, p. 67-73, 2010. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>>. Acesso em: 06 de jun. 2014.

OLIVEIRA, M. F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2191- 98, ago. 2012a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800029>. Acesso em: 26 de maio 2014.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.65, n.1, p. 155-161, jan./fev. 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672012000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/blog/2012/03/23/inovando-o-papel-da-atencao-primaria-nas-redes-de-atencao-a-saude-resultados-do-laboratorio-de-inovacao-em-quatro-capitais-brasileiras/>>. Acesso em: 09 de fev. 2015.

PARADELA, E. M. P. Depressão em Idosos. **Rev. HUPE**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr/ jun 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=112>. Acesso em: 03 de jun. 2014.

PERITO, M. E. S.; FORTUNATO, J. J. Marcadores Biológicos da Depressão: Uma Revisão Sobre a Expressão de Fatores Neurotróficos. **Rev Neurocienc**, Santa Catarina, v. 20, n. 4, p.597-603, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/revisao%2020%2004/730%20revisao.pdf>>. Acesso em: 02 de jun. 2014.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Guarapuava, v. 19, n. 5, set.-out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

PORCIUNCULA, R. de C. R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Recife, v.17, n.2, p. 315-325, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1809-98232014000200315&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 de fev. 2015.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Programa Brasil Alfabetizado**. [2013]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=17457&Itemid=817>. Acesso em: 10 de fev. 2015

QUEIROZ, A. C. C. et al. Prescrição de caminhada não supervisionada, risco cardiovascular e aptidão física. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**, São Paulo, v. 27, n. 3, jul/set, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092013000300005>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

QUINTANA, J. F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 de jan. 2015.

RABELO, P. M. P. et al. Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe de estratégia saúde da família. **Rev APS**, Itajubá, v. 14, n. 3, p. 313-318, jul/set, 2011. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1150/509>>. Acesso em: 30 de jan. 2015.

RODRIGUES, L. R. et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Rev. Eletr. de Enf**, Uberaba, v. 16, n. 2, p. 278-85, abr/jun. 2014. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf>. Acesso em: 26 de jan. 2015.

SANTOS, G. E. de O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/>. Acesso em: 18 de jul. 2014.

SASS, A. et al. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 80-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 de jan. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAÇANÃ. **Quantidade de idosos cadastrados nas ESF da zona rural**. Jaçanã, 2014.

SHEIKN, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol**, 1986.

SILVA, R. S. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.

6, n. 46, p. 1387-93, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. 2014.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10 ed. vol. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes e depressão: as importantes correlações entre estado emocional e controle glicêmico**. 2014. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes-em-debate/diabetes-e-depressao-as-importantes-correlacoes-entre-estado-emocional-e-controle-glicemico#comment-26>>. Acesso em: 09 de fev. 2015.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-360, abr-jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 de maio 2014.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseados em evidências**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

WAIMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.25, n.3, p. 346-51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300005>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

Apêndices



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Avaliação da prevalência de depressão em idosos e as estratégias intervencionais da enfermagem” e está sendo desenvolvida pela aluna Maria Aline Dantas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujo objetivo geral é: Avaliar a prevalência de transtornos depressivos em idosos do município de Jaçanã – RN; e os específicos são: descrever as características socioeconômicas e demográficas dos idosos; identificar os fatores predisponentes para a sintomatologia depressiva em idosos; propor estratégias de enfermagem para prevenção e tratamento da depressão em idosos.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pela necessidade de investigar a prevalência de depressão em idosos do município de Jaçanã-RN. A participação do (a) Sr.(a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr. (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

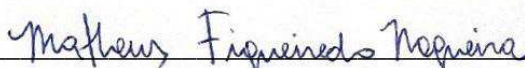
Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação do questionário. Quanto aos benefícios, pretende trazer contribuições significativas para a população idosa, sobretudo em relação à prevenção e tratamento da depressão. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido com a presença do pesquisador, o participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução nº 466/12 do CNS.

Os dados serão coletados através de questionários com perguntas de fácil compreensão. Posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

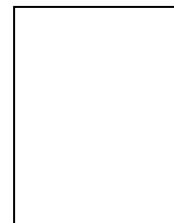
Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, ____/____/2014.



Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372 1900.

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Dados relacionados à situação socioeconômica e demográfica dos idosos participantes da pesquisa

Questionário nº: _____

Idade: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) União consensual (5) Divorciado

Escolaridade (nº de anos estudados): _____

Renda Familiar: (1) < 1 salário mínimo (2) de 1 a 2 salários (3) acima de 3 salários

Ocupação: _____

Moradia: (1) Própria (2) Alugada

Arranjo familiar (mora com):

- (1) Somente com o cônjuge
- (2) Cônjuge e filho (s)
- (3) Cônjuge, filhos, genro ou nora
- (4) Somente com o (s) filho (s)
- (5) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)
- (6) Arranjos intrageracionais (Somente com outros idosos)
- (7) Somente com os netos (sem filhos)
- (8) Não familiares
- (9) Outros (especifique) _____

Percepção de Saúde:

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

Presença de comorbidades:

(1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Nenhuma (4) Outra, qual? _____

Estilo de vida: (1) Ativo (2) Sedentário

Se ativo, pratica qual atividade física? _____

Faz uso de medicação? (1) Sim (2) Não


Se sim, qual(s)? _____

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Emerson Cândido da Silva, Diretor da Estratégia da Saúde da Família do município de Jaçanã, estado do Rio Grande do Norte, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Avaliação da prevalência de depressão em idosos e as estratégias intervencionais da enfermagem*”, nos meses de novembro e dezembro, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Maria Aline Dantas – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 24 de julho de 2014.



Emerson Cândido da Silva
Diretor da Estratégia da Saúde da Família
Jaçanã – RN

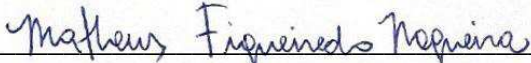
APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Avaliação da prevalência de depressão em idosos e as estratégias intervencionais da enfermagem” somente serão divulgados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo garantidos os créditos da publicação aos autores responsáveis. Ademais, declaro garantir ainda que os resultados desta pesquisa também serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 18 de julho de 2014.


Prof. Matheus Figueiredo Nogueira
Universidade Federal de Campina Grande
(Pesquisador responsável)

Anexos



ANEXO A

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Escolha a melhor resposta para como você se sentiu nesta última semana.

	SIM	NÃO
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a vida está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	1	0
9. Prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio (a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação é sem esperança?	1	0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0

SCORE: _____ (Número de respostas “depressivas”)

AValiação:

0 – 5 = sem depressão

>5 = depressão

ANEXO B

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38150214.5.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 927.419

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será desenvolvida pela aluna Maria Aline Dantas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prevalência de transtornos depressivos em idosos do Município de Jaçanã – RN.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos idosos;
- Identificar os fatores predisponentes para a sintomatologia depressiva em idosos;
- Propor estratégias de enfermagem para prevenção e tratamento da depressão em idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos, em potencial, foram considerados pela pesquisadora bem como os benefícios aos participantes do estudo.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7302 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** cepulw@hotmail.com

Continuação do Parecer: 927.419

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados, inclusive o TCLE.

Recomendações:

Os pesquisadores atenderam às recomendações adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresenta delineamento metodológico claro, sem lacunas, com referência aos aspectos éticos concernente à pesquisa envolvendo seres humanos (conforme a Resolução 466/12 do CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/HULW considera o protocolo de pesquisa APROVADO considerando que foram observadas as diretrizes da Resolução 466/12, CNS, MS.

Solicitamos o envio do relatório final da pesquisa ao CEP/HULWm, via plataforma Brasil até 30 dias após o término da mesma.

JOAO PESSOA, 29 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7302 Fax: (83)3216-7522 E-mail: cepulw@hotmail.com