

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
CURSO DE ENFERMAGEM

KARYNNE SOUZA NASCIMENTO
TAINARA VIEIRA DE CASTRO

**PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE DEPRESSÃO EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO
NORTE DO ESPÍRITO SANTO**

SÃO MATEUS

2019

KARYNNE SOUZA NASCIMENTO

TAINARA VIEIRA DE CASTRO

**PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE DEPRESSÃO EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO
NORTE DO ESPÍRITO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: ProfªMscWena Dantas Marcarini.

SÃO MATEUS

2019

KARYNNE SOUZA NASCIMENTO

TAINARA VIEIRA DE CASTRO

**PREVALÊNCIA DO NÍVEL DE DEPRESSÃO EM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DO
NORTE DO ESPÍRITO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem. Orientadora: Profª Mrs Wena Dantas Marcarini.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

PROF. WENA MARCARINI

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

ORIENTADOR

PROF. NÚBIA NAMIR LARA LOPES

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

PROF. CYNTHIA VALÉRIA O. DA SILVA
COLOMBI

FACULDADE VALE DO CRICARÉ

SÃO MATEUS

2019

Em todas estas coisas, somos mais que vencedores.

Romanos 8: 37

AGRADECIMENTOS

Á Deus por nos dar discernimento, sabedoria e saúde para superar nossas limitações.

Aos nossos familiares e amigos que nunca desistiram de nós e sempre nos ofereceram amor, deixamos uma palavra e uma promessa de gratidão eterna.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do nosso percurso agradecemos com todo coração.

Á nossa orientadora, Prof^a Msc Wena Dantas Marcarini, por todos os ensinamentos, companheirismo e paciência com que nos conduziu, e pelo suporte que nos deu durante a construção deste trabalho.

Á todos da equipe da Unidade de Saúde Verônica Favalessa Pestana, por nos acolherem tão bem, somos imensamente gratas.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: A depressão é caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria, podendo estar seguido de uma sensação subjetiva de cansaço e/ou fadiga, acompanhados de alterações do sono e apetite, desinteresse e idéias de fracasso. Na população de mais idade, essa é uma doença recorrente e frequentemente pouco diagnosticada e, conseqüentemente, subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primária. **Objetivo:** Determinar a prevalência de depressão em idosos em um município do Norte do Espírito Santo. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório de corte transversal, o público foi idosos da Estratégia de Saúde da Família Verônica Favalessa Pestana, o instrumento utilizado foi o questionário Inventário de depressão de Beck, além disso, foram realizadas análises de variância entre as faixas etárias, comorbidades, sexo, resultado do questionário de Inventário de Beck. **Resultado:** Houve predominância do sexo feminino (67%) e a maioria tinha entre 60 e 70 anos (35%). A depressão foi identificada em 11% idosos, 8% apresentaram depressão leve e 3% depressão moderada. **Conclusão:** Índice foi mínimo de depressão e observando então uma população ativa. **Palavras-chave:** Depressão; perfil; Idosos.

ABSTRACT

Introduction: Depression is characterized by the presence of predominantly depressive and / or irritable mood and decreased ability to feel pleasure or joy, and may be followed by a subjective feeling of fatigue and / or fatigue, accompanied by changes in sleep and appetite, disinterest and ideas of failure. In the older population, this is a recurrent and often underdiagnosed and, consequently, under-treated disease, especially at the primary health care level.

Objective: To determine the prevalence of depression in the elderly in a municipality in the North of Espírito Santo.

Materials and Methods: A quantitative, descriptive and exploratory cross-sectional study, the public was elderly of the Family Health Strategy Verônica Favalessa Pestana, the instrument used was the Beck Depression Inventory questionnaire, in addition analyzes of variance were performed between the bands age, comorbidities, sex, results of the Beck Inventory questionnaire.

Results: There was a predominance of females (67%) and most were between 60 and 70 years old (35%). Depression was identified in 11% of the elderly, 8% had mild depression and 3% had moderate depression.

Conclusion: Index was minimal of depression and observing an active population.

Keywords: Depression, profile, Elderly.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência do nível de depressão em idosos	21
Gráfico 2 - Distribuição de idosos por sexo	23
Gráfico 3 - Quantidade de pessoas com depressão dividida por sexo.....	23
Gráfico 4 - Distribuição de idoso por faixa etária	24
Gráfico 6 - Índice de comorbidades que acometem os idosos.....	26
Gráfico 7 - Comorbidades relacionadas à depressão no sexo feminino.....	27

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização mundial de saúde

IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística

ACS – Agente comunitário de saúde

TCLE – Termo de Consentimento de livre e esclarecido

PNS – Pesquisa nacional de saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 OBJETIVOS	13
1.1 OBJETIVO GERAL.....	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2 DELIMITAÇÃO DO TEMA	14
3 JUSTIFICATIVA	14
4 PROBLEMA DA PESQUISA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
5.1 DEPRESSÃO	15
5.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	16
5.3 DEPRESSÃO NO IDOSO.....	17
6 MATERIAIS E MÉTODOS	18
6.1 DESENHO DE ESTUDO	18
6.2 PÚBLICO ALVO	18
6.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	18
6.4 LOCAL.....	19
6.5 INSTRUMENTO	19
6.6 TRATAMENTO DE DADOS	20
6.7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	20
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
8 CONCLUSÃO	32
9 CRONOGRAMA	33
10 REFERÊNCIAS	34
11 ANEXOS	38

INTRODUÇÃO

A depressão caracteriza-se por alterações psicopatológicas diversas que podem diferenciar-se em relação à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico. É caracterizada pela presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria, podendo estar seguido de uma sensação subjetiva de cansaço e/ou fadiga, acompanhados de alterações do sono e apetite, desinteresse, pessimismo, lentidão e idéias de fracasso (GRINBERG, 2006).

De acordo com Gioavani 2008 a depressão é apontada como a quarta maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano. Além disso, é considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estima-se que em 2020 será a segunda causa global de incapacidade.

É importante destacar a diferença de tristeza e depressão, em que tristeza é um estado momentâneo que envolve sentimentos que levem a este fato, como perdas, decepções, distúrbios dos mais variados, e outras formas. Porém, quando esses sintomas persistem e são acompanhados de apatia, indiferenças, desesperança, podem evoluir para uma depressão, o que é comum no público idoso, por muitas vezes, perderem a independência que tinham anteriormente (PINHO, 2009; SILVA, 2012).

Na população de mais idade, essa é uma doença recorrente, pouco diagnosticada e, conseqüentemente, subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primária (MEDEIROS, 2010). Estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, prevalecendo-se nas populações institucionalizadas (SANTANA; BARBOZA FILHO, *et al.*, 2009).

Nessa fase da vida, os sintomas de depressão dizem respeito não apenas à doença, mas às oscilações sentimentais próprias da idade avançada e do contexto social que é marcado pelo culto aos valores da juventude (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009).

É também no indivíduo idoso que a depressão tem pior prognóstico e maior incidência de suicídios, podendo, quando duradouros, interferir na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Sendo assim, a depressão é um problema de saúde pública, em que cerca de 154 milhões de pessoas são afetadas mundialmente, e os idosos enquadram-se neste contexto com um percentual de 15% de prevalência para algum sintoma depressivo (SILVA, 2012; GRINBERG, 2006).

Segundo dados coletados em Porto Alegre, RS, no período entre 2010 e 2012, a prevalência de depressão foi de 30,6% nos idosos, conforme os dados sociodemográficos e intensidade da Escala de Depressão Geriátrica. Predominaram mulheres (63,8%) e a média de idade foi de 69,4 anos, com frequências decrescentes de depressão entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5). A autopercepção da saúde regular foi observada por 55,7% dos idosos e 10,0% referiram saúde ruim ou péssima. (NOGUEIRA; RUBIN; GIACOBBO; GOMES; NETO *et al.*, 2014).

Na região Nordeste, em São Luis – Maranhão no ano de 2009 foi avaliado 102 idosos com a idade variando de 60 a 91 anos e a média de 71,5 ± 6,7 anos. A maioria eram mulheres (71,6%), casados (64,8%) e aposentados (87,3%). A prevalência de depressão foi de 50%, sendo grave em 13,7%. Observou-se associação significativa entre depressão e idade, sexo, raça e atividade física, refletindo na qualidade de vida dos idosos (GONÇALVES; ANDRADE, 2010).

Concomitante com esse estudo, na região norte de Minas Gerais no ano de 2013, a prevalência de sintomas depressivos foi de 27,5%, sendo 29,1% no gênero feminino e 24,8% no masculino. Para idosos com 80 anos ou mais, a prevalência foi de 34,8%, enquanto para os mais jovens, entre 60 e 79 anos, foi de 26,3% (RAMOS; CARNEIRO; BARBOSA, *et al.*, 2015).

Portanto, a elevada prevalência de depressão nos idosos sendo esta frequentemente subdiagnosticada e subtratada nesta população, evidencia a importância da realização de um estudo dos diferentes fatores envolvidos neste processo, sendo no que respeita aos determinantes que desencadeou a depressão,

ou nas situações patológicas inerentes a essa faixa etária, de modo a ser possível atuar, sobretudo a nível preventivo.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de depressão na população idosa assistida pela Unidade de Saúde Verônica Favalessa Pestana no município de São Mateus/ES.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o nível de depressão mais prevalente nos idosos, conforme os resultados do questionário Inventário de Depressão de Beck;

Conhecer o perfil dos idosos entrevistados;

Analisar os fatores associados da depressão que acometem os idosos.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Esta pesquisa delimita – se a apresentar o nível de depressão dos idosos em um município do norte do Espírito Santo, no ano de 2019, visando avaliar a prevalência da doença acometida nos idosos, a fim de identificar os sintomas e as causas da mesma, tendo como objetivo detectar precocemente, podendo ser diagnosticada e tratada, para proporcionar ao idoso melhor qualidade de vida.

3 JUSTIFICATIVA

A relevância do tema se dá diante das poucas pesquisas disponíveis na temática da depressão nos idosos e, o aprofundamento se faz necessário na busca da identificação de todos os aspectos correlacionados à depressão, para buscar mitigar, ou melhor, prevenir esse problema.

Com o aumento populacional e também o aumento da expectativa de vida, é preciso ter uma visão ampla e significativa para que esses idosos sejam tratados de forma humanizada, contribuindo para a melhora nos sintomas e aumentar as chances de reversão dos sintomas acometido da doença.

Dessa forma, pensando na possibilidade de melhorar a qualidade de vida do idoso, o estudo da depressão nessa fase é de fundamental importância.

4 PROBLEMA DA PESQUISA

O problema em questão surge devido à depressão ser apontada como um problema de saúde pública, que afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos tratados na atenção básica. Porém, a partir daí vem alguns questionamentos, por que é ela é uma doença subdiagnosticada e subtratada? Quais os motivos e as causas que estão levando os idosos a desenvolver a depressão? Como diferenciar os sintomas da doença, de outras comorbidades?

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 DEPRESSÃO

Historicamente, o conceito de depressão surge no século XVIII (RODRIGUES MONTEIRO; LAGE, 2007), a partir do quadro de melancolia, que foi descrito por Esquirol “[...] como um quadro comportamental de tristeza, abatimento, desgosto de viver, que se faz acompanhar de um delírio ou idéia (sic.) fixa” (MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 112).

Atualmente depressão/ transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo devido à outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (DSMV, 2014).

O transtorno depressivo maior ocorre sem uma história de um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. Esse transtorno deve durar pelo menos duas semanas, e normalmente uma pessoa diagnosticada experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista, que inclui: alterações no sono, alterações no apetite, sentimento de culpa, problemas para tomar decisões e pensamentos recorrentes de suicídio (SADOCK *et al.*, 2016).

Esses sintomas devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideias suicidas. A insônia ou fadiga são frequentemente a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados poderá resultar em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida por atitudes ou pela expressão facial (DSMV, 2014).

O código diagnóstico para esse transtorno está fundamentado em se este é um episódio único ou recorrente, presença de características psicóticas, estado de

remissão e gravidade atual. A gravidade atual e as características psicóticas são indicadas apenas se todos os critérios são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior (DSMV, 2014).

Esse transtorno é uma condição relativamente comum (WARAICH et al, 2004), de curso crônico (MUELLER *et al.*, 1999) e recorrente (KESSLER, et al.,2003; KELLER, *et al.*, 1992). Está constantemente associada com incapacitação funcional (WELLS, 1989) e comprometimento da saúde física (PENNINX, 1999; EVANS *et al.*, 2005) segundo os dados epidemiológicos.

5.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em 2013, foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) um estudo intitulado Pesquisa Nacional de Saúde: percepção dos estados de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, no qual se apresentou números consideráveis em relação à depressão. Tais números se referem à proporção da depressão nas regiões e estados brasileiros, bem como no país (BRASIL, 2013).

A partir do estudo, estima-se que no Brasil 7,6% das pessoas com 18 anos ou mais foram diagnosticadas, por algum profissional de saúde mental, com depressão. Este dado representa um número de 11,2 milhões de pessoas, sendo a prevalência de 8% na zona rural e 5,6% na zona urbana. Os números das regiões Sul e Sudeste representam os maiores percentuais de diagnóstico de depressão, sendo 12,6% e 8,4% respectivamente (IBGE, 2013).

Ressalta-se que a região Sul apresenta percentual maior que a média nacional. Em relação ao sexo, a prevalência de depressão foi maior no sexo feminino, sendo de 10,9%. No sexo masculino, o percentual é de 3,9%. Sobre o uso de medicamentos, 51,2% dos homens e 52,3% das mulheres que referiam diagnóstico de depressão faziam uso de medicação. A proporção média do país foi de 52,0%. Em relação à psicoterapia, 16,4% das pessoas declararam essa modalidade de tratamento, e 46,4% receberam assistência médica nos últimos 12 meses (IBGE, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde mais recente, de 2013, identificou que 11,2 milhões de brasileiros sofrem dessa doença, classificada como “crise global” pela

Organização Mundial de Saúde (OMS). Quando agrupados por faixa etária, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram onde ela é mais grave. A faixa dos 60 a 64 anos lidera o ranking, com 11,1% dos indivíduos diagnosticados. De acordo com especialistas, embora comum, porém, a depressão entre idosos está longe de ser “normal”(IBGE, 2013).

5.3 DEPRESSÃO NO IDOSO

Os fatores biológicos, psicológicos e sociais, como outros transtornos mentais são os principais causadores da depressão nos idosos. Os sintomas depressivos nessa população são mais comuns em mulheres de idades mais avançadas ou quando associados à doença de Alzheimer e constituem-se preditores para o desenvolvimento de demência (ALEXOPOULOS, 2005).

Comumente, a doença se manifesta em indivíduos que vivem sob adversidades psicossociais como, por exemplo, perda de contato com a família e sociais, história anterior de quadros depressivos, eventos de vida estressante, viuvez, viver em clínicas ou casas de repouso e ter baixa renda (ALEXOPOULOS; LUPPA, 2012).

Portanto o tratamento da depressão no idoso deve contemplar todos os fatores envolvidos no transtorno, com a combinação entre a psicoterapia e a farmacoterapia. É consenso que qualquer uma dessas terapias, isoladamente, não é eficaz para a remissão dos quadros depressivos no envelhecimento (MUKAI, TAMP, 2009).

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de campo e exploratório de corte transversal.

O estudo descritivo e exploratório tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis e o exploratório tem como objeto tornar “problema” da pesquisa mais explícita ou hipotética (GIL, 2007).

O estudo de campo estuda um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes. Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. Procuram muito mais o aprofundamento as questões propostas (GIL, 2008)

Já a pesquisa quantitativa utiliza de métodos científicos usado na coleta de dados estatísticos para mensurar, analisar e quantificar as informações opiniões de um estudo, podendo ser aplicado por questionário e ou entrevista (POLIT, BECKER E HUNGLER, 2004)

6.2 PÚBLICO ALVO

Foram entrevistados 70 idosos da Unidade de Saúde Verônica Favelessa Pestana. Os acadêmicos foram acompanhados pelas ACS responsável pela microárea até a residência do idoso.

6.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Pessoas acima de 60 anos;
- Residir no local de estudo;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Não se encaixarem na faixa etária exigida;
- Não residir no local de estudo;
- Estiverem internadas, licença saúde;
- Aqueles que não aceitarem assinar o TCLE.

6.4 LOCAL

A coleta foi realizada no bairro Santo Antônio no Município de São Mateus – ES. A unidade referida abrange os bairros: Ayrton Senna, Bonsucesso I, Caiçara, Novo Horizonte, Nova São Mateus, Santo Antônio, São Pedro e Vitória.

6.5 INSTRUMENTO

Para avaliação de indicadores do estado de depressão foi utilizado o Inventário de Beck. O Inventário de depressão de Beck foi criado há quase 50 anos na Universidade da Pensilvânia por Beck et al. (1961) e foi traduzido e validado para o português por Gorestein e Andrade (1998). Possui 21 itens, incluindo sintomas e atitudes em quatro graus de intensidade. Os itens são fáceis de compreender e classificar e o procedimento de pontuação são muito simples.

Ao fazer e refazer periodicamente o instrumento é possível não apenas avaliar a depressão, mas rastrear seu progresso e o sucesso de qualquer tratamento, incluindo a anotação de áreas particulares (insônia, etc.) que podem não estar respondendo ao tratamento atual.

Para interpretar não há pontos de corte arbitrários para o diagnóstico de cada categoria de depressão. Porém, há faixas de pontuações que indicam a categoria particular de depressão que uma pessoa está enfrentando. Quando calcular sua pontuação total, simplesmente compare-as com as categorias a seguir

Pontuação de 0 a 13: nenhuma depressão;

Pontuação de 14 a 19: depressão leve;

Pontuação de 20 a 28: depressão moderada;

Pontuação de 29 a 63: depressão grave

6.6 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados foram categorizados no programa estatístico IBM SPSS Statistics 21.0., os gráficos de barra foram efetuados no programa Microsoft Office Excel 2010.

O tratamento estatístico foi realizado através de análise exploratória de dados e foram analisadas as frequências dos níveis de depressão.

6.7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após todos os esclarecimentos, cada participante terá o direito de participar ou não da pesquisa e a parte ética será assegurada pelo Termo de Consentimento, respeitando a norma 510/16. O instrumento não será empregado com o objetivo de diagnóstico médico, nem psicológico.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os dados sócio-demográficos obtidos estão de acordo com a literatura nos aspectos: sexo, idade, comorbidades, como os mais predominantes na população idosa.

Sabe-se que a depressão é uma condição que afeta muitas pessoas em alguma fase de suas vidas, seja como humor transitório, podendo se sentir abatido ou melancólico, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar o desempenho físico e psicológico.

Além disso, é estabelecida como a perturbação afetiva mais frequente no idoso, sendo atualmente, a principal causa de incapacidade em todo o mundo. É mais comum em idosos institucionalizados e na maior parte das vezes é subdiagnosticada e subtratada.

Entretanto, uma das razões apontadas é que, por um lado, os idosos têm maior tendência para alexitimia (a incapacidade para identificar e verbalizar as experiências afetivas) e, por outro lado, os sintomas depressivos entre os idosos podem muitas vezes ser mascarados por queixas somáticas ou sintomas físicos, não sendo tratados adequadamente por serem confundidos com algum tipo de demência em ambos os sexos.

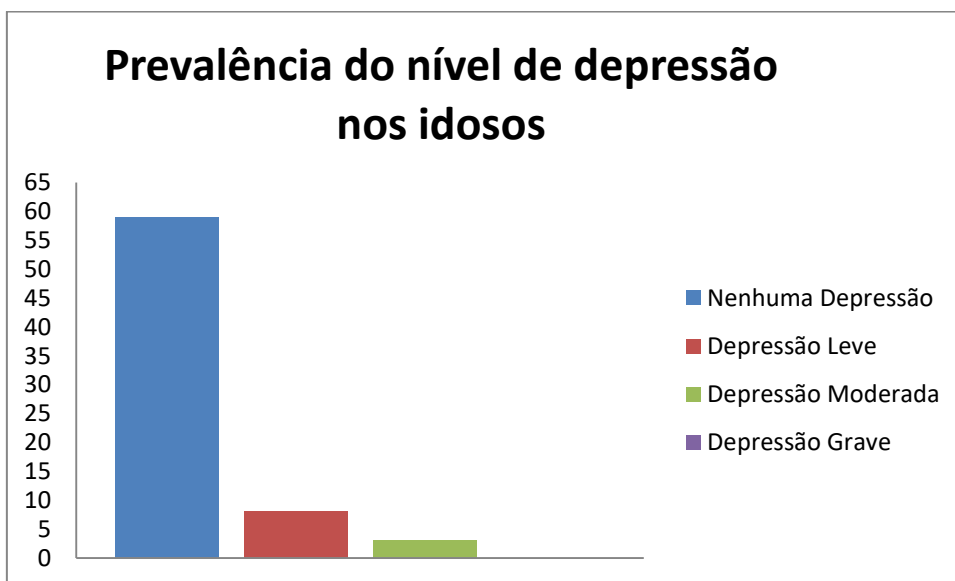


Gráfico 1: Nível de depressão nos idosos.

Nesta pesquisa foram entrevistados 70 idosos, o instrumento utilizado foi o questionário Inventário de Beck, que avalia o grau dos sintomas depressivos. Na entrevista todos os participantes mostraram-se receptivos, responderam todas as perguntas. A maioria das entrevistas foram realizadas com mulheres, porque os homens estavam na rua ou alguns trabalhando.

Analisando o Gráfico 1 podemos afirmar que 60 pessoas não apresentaram nenhuma depressão, 7 entrevistados apresentaram depressão leve e 3 pessoas apresentaram depressão moderada. Um fato muito importante, é que todos os entrevistados que apresentaram depressão eram mulheres (10).

Uma observação considerável a respeito dos resultados é que mesmo com uma pontuação positiva, ou seja, pacientes sem nenhuma depressão, precisamos dar ênfase á depressão nessa faixa etária, pois os idosos ficam vulneráveis, uma vez que enfraquece a saúde e atinge a potencialidade de desenvolvimento humano de um país.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2010), do IBGE, mostram que a população de idosos no Brasil cresce em ritmo consistente e num número maior do que o de pessoas que nascem. Com isso, aumenta o índice de doenças no grupo de 21 milhões de brasileiros que têm mais de 60 anos. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais, quase metade dos idosos do país (48,9%) sofre de mais de uma doença crônica. E uma das mais graves é a depressão, cerca de 9,2%.

A depressão é um problema de saúde pública, em que cerca de 154 milhões de pessoas são afetadas mundialmente, e os idosos enquadram-se neste contexto com um percentual de 15% de prevalência para algum sintoma depressivo (IBGE, 2011). No estudo de Barcelos e Ferreira em 2010, a prevalência de episódio depressivo maior em idosos brasileiros que vivem na comunidade é de 7%, enquanto que a prevalência de sintomas depressivos é de 26%. A depressão é mais frequente em idosos institucionalizados e hospitalizados (cerca de 30%) (BATISTONI, 2010).

Já no estudo de SASS e colaboradores em 2012 mostram que a prevalência de depressão na população brasileira está entre 5 e 35%, quando consideradas as

diferentes formas e gravidade, e não relacionado ao local. De maneira geral, constata-se que esta patologia está entre as comorbidades mais adquiridas durante o envelhecimento e já é considerado um problema de saúde pública.

A respeito dos dados apresentados Leite *et al.*, (2006), afirma que a prevenção da depressão no idoso deverá passar pela criação de serviços sociais que apostem no acompanhamento desta população, através de atividades que promovam o designado envelhecimento ativo, como: a promoção da saúde, a continuidade de exercícios físicos adequados e adaptados às necessidades, a diminuição das barreiras físicas de forma a permitir maior mobilidade, a solidariedade informal entre habitantes, a socialização do idoso e a diminuição das situações de pobreza.

Assim uma associação entre melhorar a qualidade de vida na terceira idade e a redução dos sintomas depressivos, influencia positivamente a vida dos mesmos, independente do sexo.

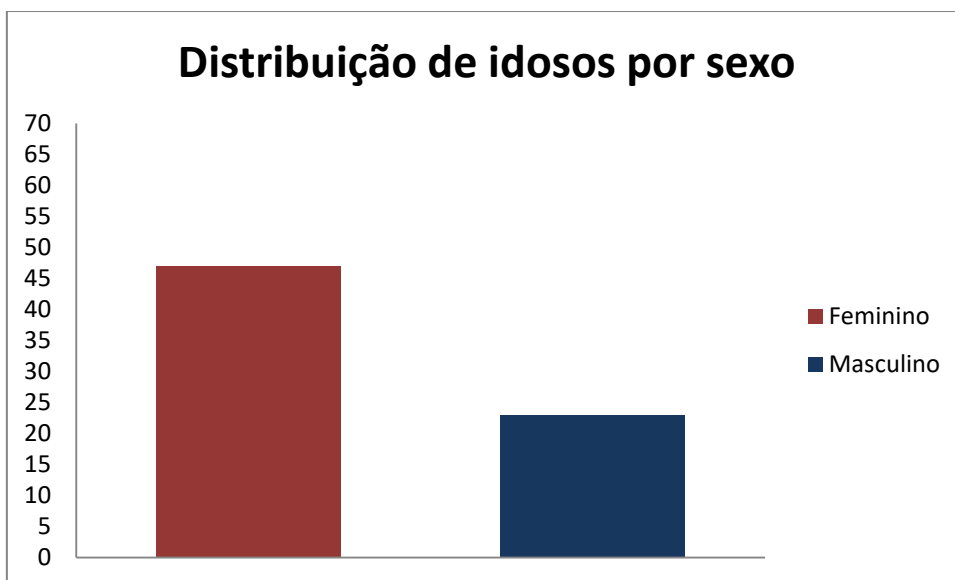


Gráfico 2: Distribuição de idosos por sexo.



Gráfico 3: Quantidade de pessoas com depressão dividida por sexo.

Como mencionado foram entrevistados 70 idosos, sendo 47 do sexo feminino e 23 do sexo masculino. Desse número total apenas 10 pacientes possuem depressão, sendo esses do sexo feminino.

Corroborando com os achados encontrados, o estudo de Stoppe *et al.*, 2006, identificou que a depressão é mais diagnosticada em mulheres porque as mesmas procuram mais os serviços de saúde, e também a hipótese sobre a longevidade da mulher, que estaria ligada a fatores biológicos, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudáveis.

Ainda, Almeida *et al.*, 2003, sublinham os motivos nos quais o maior risco de depressão ocorre em mulheres, são eles decorrentes da sobrecarga de funções, sobretudo as de origem familiar (de esposa, mãe, cuidadora de enfermos, educadora, entre outras), da maior taxa de viuvez, da maior taxa de sobrevivência, do isolamento social e da privação de estrogênio.

Porém antigamente, Almeida 1999, mostra a predominância do sexo masculino na depressão, relatando que à medida que eles vão envelhecendo, passam a ser vistos como peso para família e começam a se isolar, enquanto que as mulheres possuem uma maior facilidade de relacionamento e companheirismo, por serem educadas, desde crianças, para cuidar da casa e da família.

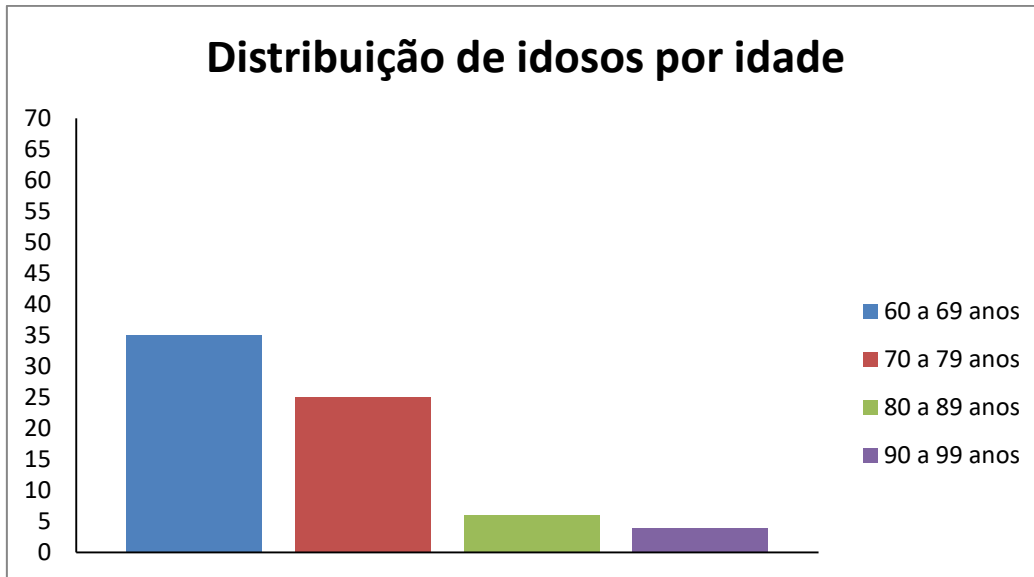


Gráfico 4: Distribuição de idosos por faixa etária.



Gráfico 5: Distribuição de idosas com depressão por faixa etária.

No Gráfico 3 identificamos que a prevalência é maior nos idosos entre a faixa etária de 60 á 69 anos registrando 29 idosos, seguido de 70 a 79 anos com 26 idosos, 80 a 89 anos 11 idosos e acima de 90 anos 4 idosos , sendo assim as faixas etárias de idosos “mais jovens” predominaram. Nas pacientes acometidas por depressão a prevalência maior foi na idade de 70 a 79 anos com 5 idosas, seguida de 80 a 89 anos com 4 casos de depressão e por fim 1 caso de depressão em idosa de 60 a 69 anos.

Paúl e colaboradores (2010) afirmaram que com o avançar da idade é quase universal que haja um certo grau de comprometimento cognitivo, sendo este notório, maioritariamente, em idosos. Com isso a capacidade intelectual, designada também por inteligência geral, apresenta menores desempenhos em idade avançada (VAN DER ELST *et al.*, 2013), vista esta, como o mais importante fator de risco para a depressão (ROBERTSON, SAVVA *et al.*, 2013).

Portanto o envelhecimento humano pode levar 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, o que pode deixar o idoso mais suscetível a sintomas depressivos (BRASIL 2007).

Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio. Cabe lembrar que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (PEARSON & BROWN, 2000).

Mas apesar da probabilidade de certas doenças se desenvolver com aumentar da idade, é importante esclarecer que não se pode imaginar que envelhecer seja sinônimo de adoecer, especialmente quando as pessoas desenvolvem hábitos de vida saudáveis (NERI, 2002; COSTA, 2002).

Assim, Chaimowicz, 1997 adverte que o ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem de características individuais, como a herança genética, fatores ambientais, ocupacionais, sociais, culturais e doenças ao qual o indivíduo esteve exposto ao longo da vida.

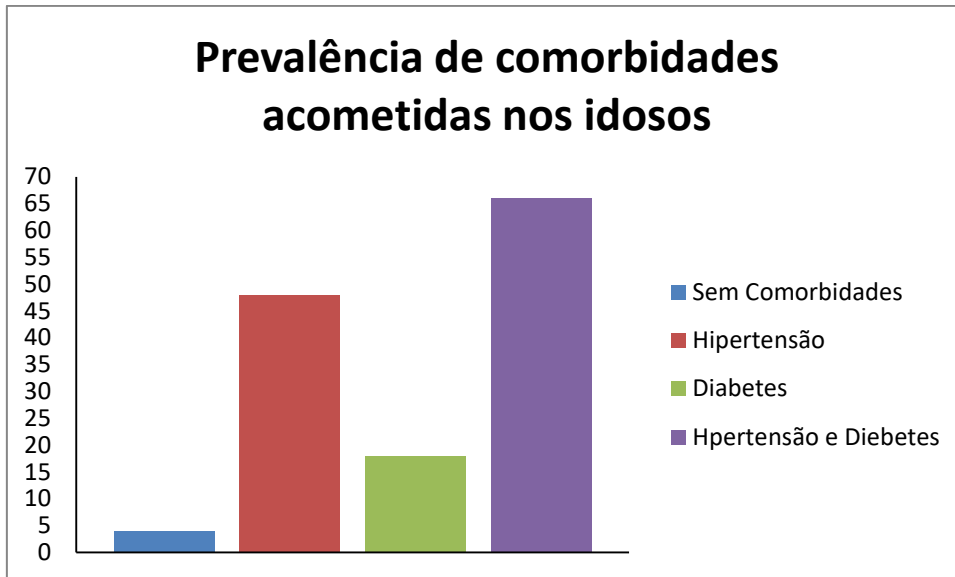


Gráfico 6: Índice de comorbidades que acometem os idosos.

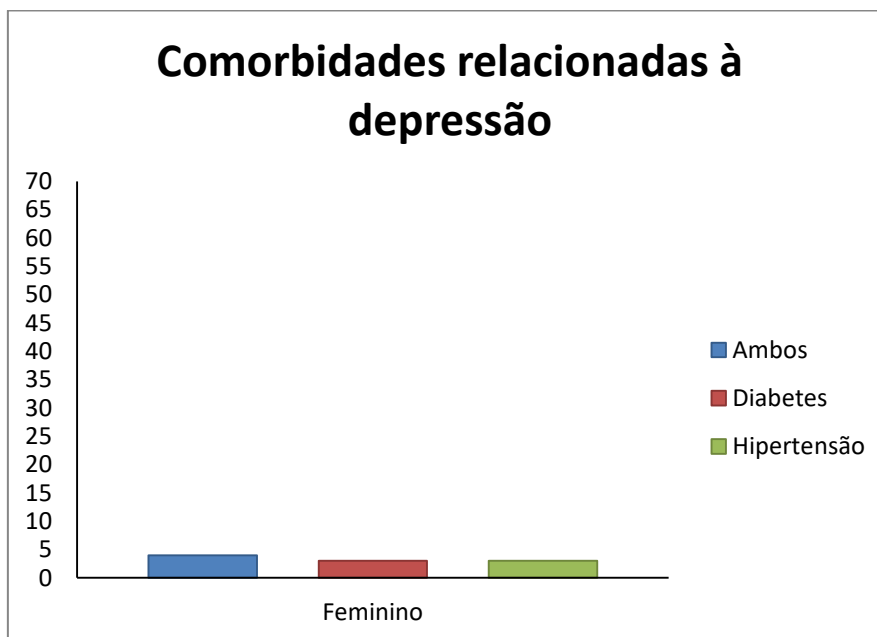


Gráfico 7: Comorbidades relacionadas à depressão no sexo feminino.

De acordo com os resultados encontrados, observou – se que a grande maioria dos entrevistados apresentou hipertensão 33, Diabetes 9 e 17 idosos vivem com hipertensão e diabetes e 11 não apresentaram qualquer um dos problemas apresentados. Em relação às pacientes que possuem depressão e comorbidades, 3 mulheres possuem hipertensão, 3 possuem diabetes e 4 apresentam ambas comorbidades.

Tendo em vista o crescimento da população idosa, as doenças crônicas têm ganhado destaque, incluindo importantes agravos à saúde como hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo essas responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalização (SCHMIDT, M. I. *et al.*, 2011).

Essa informação corrobora com o estudo de Barros 2011, onde o mesmo relata que a prevalência simultânea de hipertensão arterial e diabetes mellitus nos idosos foi de 16,2% apresentando variação nas capitais brasileiras. (BARROS, FRANCISCO *et al.*, 2011).

Ainda no Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, as prevalências de diabetes mellitus e hipertensão arterial foram de 6,2% e 21,4%, respectivamente. Com relação aos dados do Município de São Paulo, mais especificamente, as prevalências foram de 8,4% para diabetes e 21,0% para hipertensão.

Além disso, no estudo de Malta e Stopa em 2015, elas foram responsáveis por mais de 74% do total de mortes em 2014 dentre as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população adulta e idosa, essas comorbidades destacaram-se como co-responsáveis pelas principais causas de mortalidade e hospitalizações no país no ano vigente.

Em relação às hospitalizações, as comorbidades associadas doenças mentais e físicas são de grande relevância sendo normalmente visto que a presença de uma patologia eleva o risco de transtornos psiquiátricos (IBGE, 2004).

Em idosos, o mascaramento da depressão pode ser ainda mais proeminente, considerando-se que as doenças somáticas crônicas são mais frequentes e as queixas mais exacerbadas, tornando os sintomas depressivos menos aparentes (SAMUELS, *et al.*, 2004).

Além disso, cabe ressaltar que os sintomas entre idosos e adultos jovens podem ser semelhantes, contudo, no idoso, o relato de sintomas somáticos, como alteração no sono e no apetite, é mais intenso que sintomas psicológicos e apresenta mais anedonia que tristeza e prejuízos cognitivos (CARSON, MARGOLIN, 2005).

Assim, é importante salientar, que os idosos muitas vezes vivenciam doenças crônicas que, associadas à depressão, levam a pior aderência aos tratamentos, negligência no autocuidado, pior qualidade de vida, aumento na procura de serviços de saúde, maior morbimortalidade e risco de suicídio (GALETTI C *et al.*, 2008).

Portanto, procurar meios para reduzir as complicações oriundas da hipertensão e diabetes, é uma fonte para diminuir o nível de depressão em idosos. Sendo assim, uma boa alimentação, atividade física são fatores de baixo custo que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida.

	Faz Atividade Física	Sedentário	Tem depressão e faz atividade Física	Sedentários com depressão
Homens	9	14	0	0
Mulheres	20	27	1	9

Tabela 1: Número de idosos com e sem depressão que praticam atividade física.

Na tabela 1 podemos verificar que a maioria dos idosos são sedentário (14 homens e 27 mulheres), e 9 idosos (do total de 10) que possuem algum grau de depressão são sedentária. Importante enfatizar, que no local de estudo possui grupo de terceira idade, a qual tem caminhada pelas manhãs.

A prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, como nas capacidades funcionais outro benefício promovido pela prática de atividade física é a melhora das funções orgânicas e cognitivas, garantindo maior independência pessoal e prevenindo doenças (TAYLOR, 2004).

Assim, é sabido que atividade física pode ajudar as pessoas a manterem o maior vigor possível, melhorar a função em diversas atividades e assim, aumentar a qualidade de vida à medida que se envelhece (BLEY, 1997).

Estudos como o de Stoppe Junior & Louzã Neto 1999, mostram que os índices de depressão são menores em idosos que praticam atividade física regular, o que possibilita melhoria no aspecto emocional, aumento da autoestima, humor, bem-estar, diminuição do estresse, da ansiedade e da tensão.

Corroborando, o estudo feito por Gobbi *et al.*, 2003 com idosos praticantes de atividade física regular mostraram efeitos positivos do exercício físico com relação à depressão.

Além disso, Taylor em 2004 relata que a atividade física em idoso é igualmente importante para o aumento ou preservação da força e da potência muscular, manutenção da mobilidade e da vida independente, e prevenção e redução das quedas e das fraturas.

Considerando todos os benefícios promovidos pela prática regular de atividade física, tem sido sugerido que esta seria uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos idosos (BROWN, MOTTA, 2006)

Lim *et al.*, 2007, confirma essa informação em um estudo transversal, onde é demonstrado que há uma correlação moderada e positiva entre a atividade física e os benefícios para a qualidade de vida.

Portanto a atividade física é um dos fatores que está ligada a qualidade de vida assim como outros indicadores incluindo a saúde, situação financeira (ter uma pensão ou rendimentos), capacidades funcionais (capacidade para se auto cuidar), atividade física, serviços de saúde e sociais, comodidades na própria casa (e na envolvente próxima), satisfação com a vida e relações sociais (família e amigos) (SCHALOCK E VERDUGO, 2003).

	Reside sozinho	Reside com pessoas	Depressão reside sozinho	Depressão não reside sozinho
Homens	2	21	0	0

Mulheres	10	37	4	6
----------	----	----	---	---

Tabela 2: Número de idosos com e sem depressão que residem sozinho.

A tabela 2 faz uma análise do número de pacientes que residem sozinhos, e se os mesmos apresentam depressão. Contraditoriamente a literatura, a maioria dos idosos não residem sozinhos (21 idosos e 37 idosas) e 6 idosas que possuem grau de depressão também não residem sozinha.

Segundo Papalia *et al.*, 2002 uma forte rede de amigos e de familiares pode ajudar os idosos a evitar ou enfrentar a depressão. Os sentimentos gerados nos idosos pelo processo de envelhecimento são vividos, na maioria das vezes, como algo novo e desestabilizador, resultando em ansiedade, medo, conflito, insegurança e, principalmente, sentimentos de solidão.

Dessa forma, determinados contextos afetivos podem tanto desencadear quanto proteger os indivíduos contra o surgimento de sintomatologia depressiva. O risco de depressão é aumentado na ausência de relacionamentos afetivos, de amizades e de vínculos de confiança, com cônjuge, parceiro ou amigo levando o paciente a se sentir só (MARCHAND, 2003).

Segundo estudo o isolamento social é um dos que mais afeta o bem estar do indivíduo de terceira idade e contradiz a sua necessidade de socialização e convivência (SANTOS, VAZ, 2008).

Léger, Tessier e Mouty (1994) trás queo isolamento seria apenas uma separação física e a solidão como o sentimento de ser afastado dos outros. Assim, cada pessoa enfrenta o fato de se encontrar sozinha de maneiras diversas. Algumas atingem um grau de autonomia e de plenitude que dispensam um contato social mais intenso.

Porém outras pessoas, como citam os autores, são levadas à situação de solidão por afastamento do local de residência, pela morte dos parentes e cônjuge. Assim, a solidão seria assim o conjunto de uma série de fatores como o isolamento e as perdas decorrentes da passagem do tempo que leva aos estados depressivos e regressivos, às doenças somáticas e inclusive à morte quando o distanciamento se torna muito acentuado (SANTOS, VAZ, 2008)

8 CONCLUSÃO

Através desse estudo identificamos a prevalência de depressão na população idosa da unidade de saúde Verônica Favalessa Pestana. Assim, notamos que o índice foi mínimo de depressão e observamos uma população ativa.

Sabemos que a depressão é uma condição clínica, relevante na população idosa, pois nessa faixa etária aumentam as comorbidades, diminuem a capacidade funcional e qualidade de vida que acabam influenciando de forma negativa. Nem sempre ela é diagnosticada, contribuindo assim para o agravamento do quadro e o sofrimento do idoso.

Ressaltamos então a importância de nos atentarmos para a realidade desse grupo vulnerável, mesmo que o índice seja mínimo, é inconcebível deixar de lado, pois com o tempo os resultados catastróficamente podem sofrer modificações que não sejam aprazíveis.

Portanto os profissionais de saúde precisam ter uma visão ampliada em relação à depressão nos idosos, precisamos tratar de maneira rotineira, ajudando a melhorar os sintomas depressivos que por vezes são mascarados. Assim fica claro, que precisamos agir de forma preventiva, pois evitaremos atribuir queixas inespecíficas ao envelhecimento fisiológico e sem doenças associadas.

10 REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS GS. **Depression in elderly**. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70. DOI:10.1016/S0140-6736(05)67091-2.

AMERICAN, PA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association– 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. **Epidemiologia psiquiátrica** – Novos desafios para o século XXI. *Revista USP*, São Paulo, n. 43, set./nov. 1999.

Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. C. (2010). **Depressivemorbidityandgender in community-dwellingBrazilianelderly: Systematicreviewand meta-analysis**. *InternationalPsychogeriatrics*, 22(5), 712-726. doi:10.1017/S1041610210000463

Batistoni, S. S. T. (2010). **Depressão**. Em Guariento, M. H. & Neri, A. L. (Eds.). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas: Alínea.

Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, Cesar CLG. **Social inequalities in healthamongtheelderly**. *CadSaude Publica* 2011; 27(Supl.):S198-S208.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2007 [citado 2011 dez. 14]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em 15mai 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, v.1**. Rio de Janeiro, 2014.

CHAPMAN DP, Perry GS. **Depression as a major componentofpublichealth for olderadults. Preventingchronicdisease**. 2008.

Chaimowicz, F. (1997). **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.2, p.180-200.

EHRENBERG, Alain. **Depressão, doença da autonomia?** *Revista Ágora*, Paris, v. 7, n. 1, jan/jun. 2004.

EVANS DL, CHARNEY DS, LEWIS L, GOLDEN RN, GORMAN JM, KRISHNAN KR, et al., **Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations**. *Biol Psychiatry*. 2005;58(3):175-89.

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

<http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a02v11n1.htm>. Acesso em: 22 dez. 2012.

Gobbi S, et al. **Atividade física e saúde mental no idoso**. In: Encontro Paulista de Neuropsiquiatria & Saúde Mental do Idoso 2003, São Paulo. São Paulo: Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica, 2003.

GIAVONI, A, Melo GF, Parente I, Dantas G. **Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

GRINBERG LP. **Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento**. Grupo Editorial Moreira Jr 2006:317-330. Indexado LILACS LLXP: S0034-72642006017000006

GONÇALVES V. C.; ANDRADE K. L. **Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA)**. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a13v13n2.pdf>> Acesso em: 25 set. 2018.

GONZÁLEZ, L. A. M. **Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-39, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. **Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos**. Neurobiologia, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009. Disponível em: [http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72\(3\)2009%20.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72(3)2009%20.pdf). Acesso em: 19 mai. 2019.

KELLER MB, LAVORI PW, MUELLER TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, Shea T. **Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression**. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(10):809-16.

KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, KORETZ D, MERIKANGAS KR, RUSH AJ, WALTERS EE, WANG PS; **National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)**. JAMA. 2003;289(23):3095-105.

Kim Y, Pilkonis PA, Frank E, Thase ME, Reynolds CF. **Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: use of Item Response Theory**. Psychol Aging. 2002;17(3):379-91.

Leite, V., Carvalho, E. M., Barreto, K., & Falcão, I. (2006). **Depressão e envelhecimento: Estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 6(1), 31-38.

Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. **Who becomes depressed?**

LÉGER, J. M.; TESSIER, J. F.; MOUTY, M. D. **Psicopatologia do Envelhecimento: assistência aos idosos**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1994.

LUPPA M, SIKORSKI C, LUCK T, EHREKE L, KONNOPKA A, WIESE B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-21. DOI:10.1016/j.jad.2010.11.033.

MUELLER TI, LEON AC, KELLER MB, SOLOMON DA, ENDICOTT J, CORYELL W, WARSHAW M, MASER JD., **Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up**. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1000-6.

MONTEIRO, Kátia Cristine Calvancante; LAGE, Ana Maria Vieira. **Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria**. Revista Psicologia Ciência e Profis- Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 2, n. 3, jan./jun. 2017 – ISSN 2448-0738 □ 215 □ Maria Bruna Mota Pereira, Jane Moreira de Azevedo são, v. 27, n. 1, 2007.

MUKAI Y, Tamp RR. **Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single-versus dual-action antidepressants**. *Clin Ther*. 2009;31(5):945-58. DOI:10.1016/j.clinthera.2009.05.016.

Neri, A.L. (2002). Envelhecer Bem no Trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 13, n. 24, p.7-27.

NOGUEIRA E. L.; RUBIN L. L.; GIACOBBO S. S.; GOMES I.; NETO A. C. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Disponível em:** <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0368.pdf> **Acesso em 25 set. 2018.**

Paúl, C. , Ribeiro, O. , & Santos, P. . (2010). **Cognitive impairment in old people living in the community**. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 121-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.09.037>

Pearson, J. L.; Brown, G.K. (2000). **Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice**. *Clinical and Psychological Review*, v. 20 (6), p. 685-705

Papaléo Netto M. **O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: Freitas EV, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.

PENNINX BW, GEERLINGS SW, DEEG DJ, VAN EIJK JT, VAN TILBURG W, BEEKMAN AT. **Minor and major depression and the risk of death in older persons**. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):889-95.

PINHO MX, Custodio O, Makdisse M. **Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura**. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(1):123-140. 3.

PÓVOA, T. R. **Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília**. Brasília Médica,

Brasília, DF, v. 46, n. 3, p. 241-46, 2009. Disponível em:
[http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46\(3\)_2009_prevalencia_depress](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/08_bsb_med_46(3)_2009_prevalencia_depress).
 Acesso em: 01 jun. 2019.

Sass A, Gravena AAF, Pilger C, et al. **Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Acta Paul Enferm2012;25(1):80-5. doi: 10.1590/S0103-21002012000100014.

Stoppe Júnior A, Louzã Neto MR. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica**. São Paulo: Lemos; 1999. p. 206.
 ao.pdf. Acesso em: 21 mai. 2019.

SANTOS, GA., and VAZ, CE. **Grupos da terceira idade, interação e participação social**. In ZANELLA, AV., et al., org. Psicologia e práticas sociais [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

SANTANA, A. J.; BARBOZA FILHO, J. C. **Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-146, 2007.

SILVA ER, Sousa ARP, Ferreira LB, et al. **Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem**. Revescenferm USP 2012;46(6):1387-93.

SIQUEIRA, G. R. **Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

Tuesca-Molina R, Herrera NF, Sosa AM, Martínez FO, Arjona YP, Cueto JP, et al. **Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas**. Baranquilla, Colômbia. RevEspSalud Publica 2003; 77(5): 595-604.

Zavala GL, Núñez RC, Chavarría RS, et al. Depression in seniors ages 60 to 75 in San Lorenzo, Valle. RevFacCiencMéd2011;8(2):9-22.

WELLS KB, STEWART A, HAYS RD, BURNAM MA, ROGERS W, DANIELS M, BERRY S, GREENFIELD S, WARE J. **The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study**. JAMA. 1989;262(7):914-9

WARAICH P, GOLDNER EM, SOMERS JM, HSU L. **Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature**. Can J Psychiatry. 2004;49(2):124-38.

11 ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) Prevalência do Nível de Depressão em Idosos em um Município do Norte do Espírito Santo, conduzida por Wena Dantas Marcarini. Este estudo tem por objetivo Avaliar a prevalência de depressão na população idosa residente no bairro Santo Antônio do município de São Mateus/ES.

Você foi selecionado (a) por critérios de inclusão: 50 Pessoas acima de 60 anos, Residir no bairro Santo Antônio, Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A pesquisa não oferece risco, a participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário (Inventário de Beck), o local será no próprio domicílio do paciente, com duração de 15 minutos aproximadamente, aplicado pelas acadêmicas Tainara Castro e Karynne Souza. O questionário possui 21 itens, incluindo sintomas e atitudes em quatro graus de intensidade. Os itens são fáceis de compreender, como por exemplo, se apresenta solidão, tristeza, falta de apetite, irritação, idéias suicidas dentre outras, não haverá registro de áudio, de vídeo ou imagem.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-los. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, 4 onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Wena Dantas Marcarini, Professora, wena_marcarini@hotmail.com, (027) 998226408.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da FVC: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, Bairro Universitário – São Mateus, ES, e-mail: cep@ivc.br - Telefone: (27) 3313-0037.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Espírito Santo, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a) [imprescindível]: _____

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Prevalência do nível de depressão em idosos em um Município do Norte do Espírito Santo
Pesquisador Responsável: Prof. ^a Msc. Wena Dantas Marcarini
Nome do aluno Participante: Karynne S. Nascimento e Tainara Vieira de Castro
Contato com pesquisador responsável: E-mail: wena_marcarini@hotmail.com

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Prevalência do nível de depressão em idosos em um Município do Norte do Espírito Santo”

- 2) A pesquisa terá como objetivo geral: Descrever a prevalência do nível de depressão em idosos da Unidade Verônica Favaleza Pestana.
- 3) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
 - 3.1) A pesquisa, que é de caráter qualitativa, quantitativa, descritiva e exploratória, se dará através de um questionário.
 - 3.2) Será necessário dos participantes da pesquisa, quanto aos pesquisadores, completo interesse e comprometimento. Será necessária a coleta nos horários que forem disponíveis pelos participantes junto com os pesquisadores.
- 4) Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento.
- 5) Você poderá recusar-se a participar da pesquisa ou abandonar o procedimento a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos.
- 8) Serão garantidos o sigilo e a privacidade dos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam compromê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste Termo. E que minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Local, data: _____

Professor participante: _____

Assinatura do professor: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Telefone do pesquisador responsável: _____

AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS IDOSOS

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Mora sozinho? Quantas pessoas residem na casa? _____

Faz alguma atividade física? _____

Participa de grupo de oração? Ou grupo de moradores? _____

Tem alguma comorbidade (Hipertensão ou diabetes)? _____

Sente-se sozinho? _____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi publicado em 1996 e é um inventário confiável de autoavaliação usado para avaliar os sintomas de depressão. É um inventário curto DE AUTOAVALIAÇÃO que pode ser facilmente administrado de 10 a 15 minutos.

Os itens são fáceis de compreender e classificar e o procedimento de pontuação é muito simples. Ao fazer e refazer periodicamente o BDI, é possível não apenas avaliar sua depressão, mas rastrear seu progresso e o sucesso de qualquer tratamento, incluindo a anotação de áreas particulares (insônia, etc.) que podem não estar respondendo ao tratamento atual.

Interpretação:

Não há pontos de corte arbitrários para o diagnóstico de cada categoria de depressão.

Porém, há faixas de pontuações que indicam a categoria particular de depressão que uma pessoa está enfrentando. Quando calcular sua pontuação total, simplesmente compare-a às categorias a seguir

Pontuação de 0 a 13: nenhuma depressão;

Pontuação de 14 a 19: depressão leve;

Pontuação de 20 a 28: depressão moderada;

Pontuação de 29 a 63: depressão grave

O BDI pode ser administrado para detectar a presença e o grau de depressão em adolescentes e adultos. A idade mínima é 13 anos. Há uma forma do Inventário de Depressão de Beck dedicada a crianças com menos de 9 anos, disponível como BDI-Y.

Utiliza uma ferramenta de classificação em que cada item é posicionado em uma escala de quatro pontos, de 0 a 3. O (0) significa que não está apresentando sintomas, enquanto (3) significa que está apresentando uma forma grave deles.

O inventário foi traduzido para vários idiomas.

O BDI pode ser autoadministrado, mas a pontuação e a classificação devem ser feitas por um profissional treinado e com experiência no teste.

Esse inventário pode ser concluído de 5 a 10 minutos, mas, para garantir que as respostas deem um quadro razoavelmente preciso do estado mental do respondente, o teste deve ser feito em um cômodo quieto, bem iluminado, confortável e privado, para que o respondente possa se concentrar em respondê-lo com precisão.

O alcoolismo e o uso de drogas também estão associados à depressão. O Inventário de Depressão de Beck é especialmente útil na reabilitação e é considerado uma das ferramentas mais confiáveis para rastrear pacientes em centros de reabilitação de álcool e drogas. O BDI também pode ser usado para rastrear mudanças nos sintomas dos pacientes, por isso, de certa forma, pode ser usado para compreender a eficácia da estadia do paciente no centro de reabilitação.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

OBSERVAÇÕES DURANTE O TESTE E REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

13	<ul style="list-style-type: none"> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões 	18	<ul style="list-style-type: none"> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio 	19	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<ul style="list-style-type: none"> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho 	20	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	<ul style="list-style-type: none"> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir 	21	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	<ul style="list-style-type: none"> 0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa 		TOTAL DE PONTOS: _____

OBSERVAÇÕES DURANTE O TESTE E REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL