

Prevalência de depressão em mulheres idosas assistidas na atenção básica

Prevalence of depression in elderly women assisted in basic attention

Hellen Cristina Almeida Abreu de Lara^a

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5845-3895>

Izabel Aparecida da Silva^d

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4883-4533>

Cristiana Alves de Melo^b

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2219-5633>

Jefferson Souza de Oliveira^e

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8581-561X>

Evening da Cruz Silva^c

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8615-6422>

Franciel Souza Santana^f

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4450-1790>

Resumo

Introdução: A depressão em idosas apresenta diversos fatores de risco como, precárias condições socioeconômicas e condições de saúde. Ela é frequentemente ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo do envelhecimento. **Objetivo:** Analisar a prevalência de sintomas de depressão em idosas cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Várzea Grande, Mato Grosso. **Método:** Estudo transversal, realizado com pessoas de 60 anos ou mais, sexo feminino, com uso de um questionário com dados sociodemográficos, condições de saúde e a Escala de Depressão Geriátrica. A análise de dados foi feita por meio de medidas de frequência simples, absoluta e calculadas razões de prevalências brutas e ajustadas com intervalo de confiança de 95% no Programa Epiinfo 7.2. **Resultados:** A prevalência de depressão foi de 18,00%. O uso de medicamentos, grau de dependência, morte de familiares e alguém na família com depressão foram associados à depressão em idosas na comunidade. **Conclusão:** Dessa forma, é necessário a detecção precoce dos sintomas depressivos em idosas e fatores associados, e considerar o sexo feminino como algo importante pois auxilia os profissionais da atenção básica a compreender a realidade e ainda minimizar os danos para a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: depressão; saúde do idoso; atenção primária à saúde.

Abstract

Introduction: Depression in the elderly has several risk factors such as poor socioeconomic conditions and health conditions. It is often overlooked because health professionals often see depressive symptoms as normal manifestations of the aging process. **Objective:** To analyze the prevalence of symptoms of depression in elderly women enrolled in a Basic Health Unit in the municipality of Varzea Grande, Mato Grosso. **Method:** Cross-sectional study, conducted with women aged 60 years or older, using a questionnaire with sociodemographic data, health conditions and the Geriatric Depression Scale. Data analysis was performed using simple, absolute frequency measurements and calculated crude and adjusted prevalence ratios with a

^a Mestre em Enfermagem. Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG) pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, E-mail: afa_nany@yahoo.com.br

^b Graduação em Enfermagem. Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil, E-mail: cristianaalvesmelo@hotmail.com

^c Graduação em Enfermagem. Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil, E-mail: eveningbebe2@hotmail.com

^d Graduação em Enfermagem. Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil, E-mail: izza_bl@hotmail.com

^e Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil. E-mail: jefferson.15souza.js@gmail.com

^f Acadêmico de Enfermagem. Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil, E-mail: francielsantana1010@hotmail.com

95% confidence interval in the Epiinfo 7.2 Program. **Results:** The prevalence of depression was 18.00%. Medication use, degree of dependence, death of family members, and someone in the family depression were associated with depression in older women in the community. **Conclusion:** Thus, early detection of depressive symptoms in elderly women and associated factors is necessary and considering female gender as important because it helps primary care professionals to understand reality and minimize the damage to health and quality of life of the elderly.

Keywords: depression; health of the elderly; primary health care.

Introdução

No atual século, vem ocorrendo de forma contínua o aumento do número de idosos mundialmente, principalmente em países em desenvolvimento. No Brasil, cogita-se que até 2020 os idosos corresponderão a 15% da população brasileira. Já em 2025, projeta que a população idosa deverá ter aumento de até 15 vezes, enquanto a população total deverá ter crescido apenas 5 vezes, colocando o Brasil em sexto lugar no ranking dos países^{1,2}.

Assim, o processo de envelhecer provoca mudanças tanto nas funções quanto na estrutura do corpo e o torna mais propenso a uma série de fatores nocivos à saúde, esses podem ser tanto internos como externos³. Dentre esses fatores, estão as doenças crônicas, as mais comuns são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM), sendo consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Tendo como consequências os altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que as acompanham⁴.

Além disso, existem outras doenças crônicas que acometem os idosos, porém em menor proporção. Destaca-se a prevalência de doenças neurológico-degenerativas e as tendências à depressão. A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos. Ela afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e pode levar a tendências suicidas.

E tornou-se um problema de saúde pública, devido à elevada frequência com que ocorre^{5,6}.

Um Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1⁷. O estudo de Gonçalves⁸ mostrou que a prevalência de depressão é mais significativa entre as mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com condições crônicas. Nos estudos desenvolvidos no Brasil, o que aponta lacunas na assistência e nas políticas públicas e pouco investimento em pesquisas nesse âmbito. A depressão se apresenta como uma das principais causas de incapacitação no mundo, limitando o funcionamento físico, pessoal e social^{9,10}.

Outrossim, a mulher idosa torna-se mais vulnerável ao risco de depressão, pois é nessa fase que a mulher se depara com várias transformações, que vão desde o climatério a mudanças relacionadas à senescência do envelhecimento e à presença de doenças crônicas, diminuindo a vontade de viver e assim levando a desenvolver sintomas depressivos¹¹.

Dessa forma, a presença de depressão entre essa população feminina tem impacto negativo em sua vida. Assim, torna-se necessário que a Atenção Básica seja porta de entrada dessas mulheres, para ações de prevenção, promoção e tratamento. Torna-se, fundamental a construção de um projeto terapêutico

singular (PTS), a partir do acolhimento e da avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dessas mulheres⁹. Dessa forma, este trabalho visa analisar a prevalência de depressão em idosas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família, Várzea Grande, Mato Grosso.

Metodologia

Estudo descritivo de corte transversal realizado a partir de uma amostra do projeto “A prevalência de depressão em idosos assistidos nas Unidades de Saúde da Família em Várzea Grande, Mato Grosso”, realizada por Abreu¹². Sendo a amostra não probabilística por conveniência, pois considerou o cenário escolhido devido apresentar a maior quantidade de idosas e em situação de vulnerabilidade.

Dessa maneira, adotou-se como critério de inclusão todas as pessoas de 60 anos ou mais, do sexo feminino que são cadastradas e acompanhadas pela Unidade de Saúde da Família (USF) Gonçalo Pinto Godoy, em Várzea Grande. Foram excluídas dos estudos, as idosas que não estavam em domicílio, internadas ou falecidas durante a pesquisa, e aquelas que apresentaram dificuldades cognitivas e mentais que impediam de responder o questionário, sendo avaliado pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

A coleta de dados ocorreu entre os dias de 11 fevereiro a 07 de junho de 2019. Utilizando o questionário fechado, com dados sociodemográficos, condições de saúde, Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)¹³ e Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD)¹⁴ e a Escala Abreviada de Depressão Geriátrica (EDGA)¹⁵.

Para a presente pesquisa foi feita reunião com o responsável técnico da Unidade de USF e montada uma escala de visita domiciliar aos idosos, com o acompanhamento dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS). Assim, durante a visita domiciliar, as idosas eram informadas sobre a pesquisa, conforme a resolução 466/2012, após isso era solicitada a autorização da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e por último era aplicado o questionário da pesquisa.

Os questionários foram codificados e digitados no programa Epiinfo versão 7.2. Na análise descritiva, os dados foram realizados por meio de tabelas de frequência, sendo representadas por frequência absoluta (n) e relativa (%). Na análise bivariada foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) como medida de associação. Para o cálculo da significância estatística da associação valores menores de 5%, sendo (p =valor<0,05), utilizou-se o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado.

A análise estatística dos dados foi utilizada como variável-resposta à medida da Escala de Depressão Geriátrica, dicotomizada, adotando-se como ponto de corte para a avaliação de sintoma depressivo o valor seis. Idosos com valores abaixo de seis, considerados normais, enquanto aqueles com valores acima ou igual a seis foram avaliados como portadores de sintomas depressivos. O projeto contou com a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa do Centro Universitário de Várzea Grande (CEP/UNIVAG) nº do parecer 2.977.581.

Resultado

Participaram do presente estudo 250 idosas. Dentre elas, 45 apresentaram sinais de depressão (18,00%). Conforme a tabela 1, população com faixa etária de 60 a 69 anos (66,00%), casada (62,80%), analfabeta (63,60%) e renda de 1 salário mínimo (68,80%), proveniente principalmente de aposentadoria e benefícios. Além disso, 45,20% moram com o cônjuge somente.

Tabela 1 – Distribuição das idosas segundo características sociodemográficas. Várzea Grande - MT, 2019.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Faixa etária		
60 – 69 anos	165	66,00
70 – 79 anos	74	29,60
80 anos ou mais	11	4,40
Estado conjugal		
Casada/união estável	157	62,80
Viúva	62	24,80
Solteira	26	10,40
Separada/ divorciada	05	2,00
Escolaridade		
Analfabeta	159	63,60
Primeiro Grau	86	34,40
Segundo Grau	05	2,00
Renda		
Não possui	32	12,80
Menos de 1 SM	48	19,20
1 SM	152	60,80
2 SM	17	6,80
3 SM	01	0,40
Com quem mora		
Sozinha	41	16,40
Cônjuge	113	45,20
Cônjuge e filhos	46	18,40
Cônjuge, filhos, genro ou nora	04	1,60
Somente com filhos	33	13,20
Somente com os netos	9	3,60
Não familiares	1	0,40
Filho (s), genro ou nora, neto	3	1,20
Total	250	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

Em relação às condições de saúde, (79,44%) das idosas reportaram ter problemas de saúde e os mais frequentes foram hipertensão arterial (62%) e diabetes de mellitus (34,40%). Além disso, (77,22%) das idosas fazem uso de algum de

medicamento, sendo que (65,3%) fazem uso de dois medicamentos e (10,04%) apresentam problemas auditivos. Apenas (6%) declaram saúde ótima e (36,40%) referiram a saúde como boa. (Tabela 2).

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Percepção da saúde		
Ótima	15	6,00
Boa	91	36,40
Regular	126	50,40
Péssima	18	7,20
Possui algum problema de saúde		
Sim	197	79,44
Não	51	20,59
Problemas de saúde referidos		
Nenhum	50	20,00
1 a 2	160	64,00
3 a 4	34	13,60
5 a 6	4	1,60
6 ou mais	2	0,80
Tipo de morbidade		
Hipertensão	155	62,00
Diabetes	86	34,40
Osteoporose	11	4,40
Artrite/artrose	12	4,80
Cardiopatia	4	1,60
Problema de coluna	38	15,20
Incontinência urinária	4	1,60

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Outra Qualquer	29	11,60
Uso de medicamentos		
Sim	183	77,22
Não	54	22,78
Condição de saúde		
Audição	25	10,04
Marcha	41	16,53
Equilíbrio	26	10,53
Atividade física	45	18,07
Uso de Tabaco	28	11,38
Uso de Álcool	18	7,44
Uso de drogas	07	2,87
Familiares com depressão	51	20,73
Morte na família	105	42,34
AIVD		
Independente	177	70,80
Dependente	43	29,20
AVD		
Independente	238	95,20
Dependente	12	4,80
Escala de depressão geriátrica – GDS		
Menor ou igual a 5 (sem sintomatologia depressiva)	205	82,00
Maior que 5 (com sintomatologia depressiva)	45	18,00
Total	250	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa

Na análise bivariada, em relação à renda familiar da idosa até 01 salário-mínimo (RP = 1,94; IC 95% = 0,23-8,73 p= 0,378), ser viúva (RP = 1,30; IC 95% = 0,76-2,21; p=0,326) e em relação ao nível de

escolaridade ser analfabeto (RP = 10,94; IC 95% = 0,54-1,62; p=0,832), no entanto não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 3 - Distribuição das idosas que apresentam sintomas de depressão segundo variáveis sociodemográficas. Várzea Grande, 2019.

Variáveis	Depressão (EDG)				RP (IC 95%)	P valor
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	N	%	N	%		
Faixa etária						
Até 69 anos	30	18,18	135	81,82		
70 anos ou mais	15	17,65	70	82,35	0,97 (0,55-1,70)	0,917
Estado civil						
Casada	25	16,13	130	83,87		
Divorciada/solteira/viúva	20	21,05	75	78,95	1,30 (0,76-2,21)	0,326
Renda da idosa						
Não possui/1SM	43	18,61	188	81,39	1,94 (0,43-8,73)	0,378
Acima 1 SM	2	10,53	17	89,47		
Escolaridade						
Analfabeta	17	18,68	28	17,61	0,94 (0,54-1,62)	0,832
Primeiro e segundo Grau	74	81,32	131	82,39		
Com quem mora						
Sozinha	6	14,63	35	85,37	0,78 (0,35-1,73)	0,540
Com familiares	39	18,66	170	81,34		

RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança para a proporção de 95%; *teste de Fisher

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 4 contempla a distribuição das idosas, as condições de saúde e as variáveis que apresentaram associações estatísticas com o desfecho foram a de fazer uso de medicamentos (RP= 0,34; IC 95% = 0,13-0,92; p=0,012), score

de AIVD (RP=2,31; IC 95%=1,38-3,88; p= 0,001) e o grau de AVD (RP= 2,47; IC 95%= 1,19-5,12; p= 0,044), alguém na família com depressão (RP=3,70; IC 95%= 2,24-6,12; p= <0,001) e morte na família (RP=1,72; IC 95%= 1,01-2,93 p= 0,031).

Tabela 4 - Distribuição das idosas que apresentam sintomas de depressão segundo condições de saúde. Várzea Grande – MT, 2019.

Variáveis	Depressão (EDG)				RP (IC 95%)	p-valor
	Maior que 5		Menor ou igual a 5			
	N	%	N	%		
Possui algum problema de saúde						
Sim	6	11,76	158	80,20	0,59 (0,26-1,32)	0,185
Não	39	19,80	45	88,24		
Problemas de saúde referidos						
0-3	36	17,14	174	82,86	1,31 (0,68-2,50)	0,272
4 ou mais	09	22,50	31	77,50		
Tipo de morbidade						
Hipertensão Arterial						
Sim	30	19,35	125	80,65	1,28 (0,64-2,52)	0,477
Não	15	15,79	80	84,21		
Diabetes						
Sim	15	17,44	71	82,56	0,95 (0,54-1,67)	0,868
Não	30	18,29	134	81,71		
Osteoporose						
Sim	02	18,18	09	81,82	1,01 (0,28-3,64)	0,620
Não	43	17,99	196	82,01		
Artrite/artrose						
Sim	03	25,00	09	75,00	1,41 (0,51-3,91)	0,370
Não	42	17,65	196	82,35		
Cardiopatia						
Sim	02	50,00	02	50,00	2,86 (1,03-7,90)	0,149
Não	43	17,48	203	82,52		
Problema de coluna						
Sim	06	15,79	32	84,21	0,85 (0,39-1,88)	0,451
Não	39	18,40	173	81,60		
Incontinência urinária						
Sim	01	25,00	03	75,00	1,39 (0,25-7,79)	0,550
Não	44	17,89	202	82,11		
Uso de álcool						
Sim	06	23,08	20	79,92	1,32 (0,62-2,82)	0,316
Não	39	11,11	185	82,59		
Uso do tabaco						
Sim	06	18,75	26	81,25	1,04 (0,48-2,27)	0,535
Não	39	17,89	179	82,11		
Uso de medicamentos						
Sim	39	21,31	144	78,69	0,34 (0,13-0,92)	0,012
Não	04	7,41	50	92,59		
Audição						
Sim	41	18,30	21	84,00	1,14(0,44-2,92)	0,515
Não	04	16,00	183	81,70		
Marcha						
Sim	36	17,39	171	82,61	0,79 (0,41-1,51)	0,310
Não	09	21,95	32	78,05		
Equilíbrio						
Sim	20	37,70	85	35,60	1,07 (0,65-1,78)	0,776
Não	33	62,30	154	64,40		
Atividade física						
Sim	08	17,39	38	82,61	0,95 (0,47-1,91)	0,548
Não	37	18,14	167	81,86		
Familiares com depressão						
Sim	23	41,82	32	58,18	3,70 (2,24-6,12)	<0,001
Não	22	11,28	173	88,72		
Morte na família						
Sim	25	23,81	80	76,19	1,72 (1,01-2,93)	0,031
Não	20	13,79	125	86,21		
AIVD						
Independente	23	12,99	154	87,01	2,31 (1,38-3,88)	0,001
Dependente	22	30,14	51	69,86		
AVD						
Independente	40	16,81	198	83,19	2,47 (1,19-5,12)	0,044
Dependente	05	41,67	07	58,33		
Autopercepção de saúde						
Ótima/ Boa	30	20,83	114	79,17	1,47 (0,83-2,59)	0,115
Regular/péssima	15	14,15	91	85,85		

RP: Razão de Prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança para a proporção de 95%; *teste de Fisher

Fonte: Dados da Pesquisa

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a prevalência de sintomas depressivos entre as idosas com 60 anos ou mais foi de 18,00%. Comparado com pesquisas de base populacional conduzidas em diferentes países, observaram prevalências de sintomas depressivos que variaram entre 6,1% até 38,5%¹⁶. Entre os mais suscetíveis à ocorrência de depressão estavam as mulheres com baixa renda, com história de eventos estressores na vida, regular percepção de vida e de saúde, com limitação funcional, doenças crônicas e comorbidades. Dessa forma, a depressão é frequentemente associada a maior risco de morbidades e de mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e a maior risco de suicídio¹⁷.

A dependência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) mostrou-se significativa para a prevalência de depressão em idosas na comunidade. Dessa forma, considerando que as escalas AVD e AIVD são imprescindíveis e requerem elaboração, coordenação e destreza, há mínima alteração dessas funções, como a perda da autonomia e consequente isolamento social^{17,18}.

Ademais, além de desenvolver alguma deficiência e gerar sentimentos de ansiedade e insegurança, pode desencadear um episódio depressivo, ressaltando sobre a dependência AVD e AIVD, praticamente é uma causa de sintomas depressivos. No entanto, a depressão pode ser confundida com a doença orgânica de base, uma vez que o sofrimento e a incapacidade funcional favorecem o surgimento de sintomas como insônia, fadiga e perda da libido, mesmo

quando não se estabelece o diagnóstico de depressão^{18,19}.

Apesar de não apresentar a associação de sintomas depressivos e problemas cardíacos, apresentou risco relativo de 2,86. Ademais, embora nos pareça que os problemas cardíacos e as incapacidades funcionais precedam os sintomas depressivos, esse provável fato deve ser avaliado com cautela, uma vez que o delineamento deste estudo está sujeito à causalidade reversa, ressaltando sobre o grau de dependência AVD e AIVD, a presença de incapacidades funcionais, praticamente, é uma causa de sintomas depressivos, estudos epidemiológicos de depressão e a investigação da associação com comorbidades cardiovasculares.^{17,20-22}.

Ademais, na pesquisa, a morte de algum membro da família demonstrou associação com depressão nas idosas. Dessa forma, uma provável explicação torna-se comum surgir quadro depressivo no idoso, manifestando sintomas diversos, porém o mais comum é o desânimo e a perda da capacidade de amar, decorrentes do processo de culpa. No idoso em processo de luto podem ocorrer alguns distúrbios, como insônia, perda de apetite, falta de ar, aperto no peito, falta de energia, passividade, alucinações e ansiedade^{23,24}.

O estudo afirma que entre os fatores de depressão em idosas está o uso de medicamentos. De acordo com estudo de Paradela, Lourenço e Veras²³ os idosos com a presença de comorbidades e o uso de múltiplos fármacos fez com que diagnóstico e o tratamento da depressão se tornem mais complexos. Além disso, uma provável relação para a associação do uso de medicamentos com a depressão é que as idosas com algum grau de dependência, comprometem a autonomia para AVD e AIVD e isso inclui o uso de medicamentos²⁴.

Outro achado desta investigação foi a forte associação das idosas terem alguém na família com depressão, ou seja, estatisticamente elas têm probabilidade três vezes maior de desenvolver sintomas depressivos. Assim, quando há uma pessoa com depressão na família tudo se altera e os familiares mudam, construindo o papel de cuidador na interação cotidiana. As estratégias de cuidados desenvolvem-se de modo reativo em função do comportamento do doente, adquirindo contornos particulares de conteúdo nem sempre adequados à situação de saúde vivida²⁵.

Assim, ter alguém com depressão em casa, exige que a família se adapte e se organize para enfrentar as atitudes daquela pessoa. Além disso, o suporte financeiro é importante, assim o cuidado com a idosa deve incluir uma boa escuta, observação, atenção e apoio, sempre que necessários, cabe à Unidade Básica de Saúde (UBS) compreender a funcionalidade da família da idosa que tem um membro com depressão, podendo subsidiar o planejamento de cuidados para responder a suas necessidades sociais e de saúde daquela família^{24,26}.

As idosas sofrem mais quando vivem em famílias desunidas em que há pouca expressão de afeto, compreensão e cumplicidade e, além disso, muita impaciência, raiva e agressividade, o empobrecimento das relações primárias se reflete na dinâmica cotidiana, o que torna o ambiente de convivência insuportável. O idoso se ressentido quando filhos, netos, noras e genros não se entendem, pois, isso o priva dos encontros com familiares queridos e o isola ainda mais, outro ponto de tensão é a inexistência de manifestações de afetos entre os membros das famílias, a sensação de abandono dos familiares e amigos, e a falta de apoio para lidar com as situações depressivas^{27,28}. Dessa forma, para que a

idosas possa usufruir de melhores condições de vida, deve haver carinho, respeito e cuidado no convívio familiar, o afeto, a ajuda mútua e a compreensão são fundamentais para uma boa qualidade de vida dessa idosa^{29,30}.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos entre as idosas foi de 18%. A cardiopatia, o uso de medicamentos, dependência das AVD e AIVD, morte de familiares e alguém na família com depressão foram associados à depressão em idosas. Com esses resultados, vê-se a necessidade da detecção precoce dos sintomas depressivos, contribuindo para prevenir seus efeitos negativos na saúde e qualidade de vida dessas idosas.

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

Este estudo servirá para ajudar e difundir discussões sobre o referido tema, além de reafirmar a necessidade de mudanças na assistência à mulher idosa, enfatizando estratégias voltadas para a prevenção, intervenção em fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento da depressão. O estudo teve como limitação a condução da pesquisa por depender dos agentes de serviço de saúde, inviabilizando a pesquisa de forma eficaz, porém desperta o interesse pela realização de um estudo mais abrangente na região, envolvendo não só a população idosa e sim mulheres no geral pois há um alto índice de relatos na região de mulheres com depressão.

Referências

1. Dawalibi NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart RMM, Aquino RC. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. 2013; *Estud. Psicol. (Campinas)*, 30(3): 393-403.
2. Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. *REME – Rev Min Enferm.* 2016; 20: e947.
3. Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(27): 795-807.
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(Suppl 1): 126-134.
5. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto - enferm.* 2011; 20(3): 493-502.
6. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(10): 2985-2.
7. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(6): 1703-1710.
8. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.* 2018; 67(2): 101-109.
9. Rocha EN, Lucena AF. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018; 39: e2017-0057.
10. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2010; 13(2): 289-299.
11. Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47(2): 401-407.
12. Lara HCAA. A prevalência de depressão em idosos assistidos nas Unidades de Saúde da Família em Várzea Grande, Mato Grosso. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Várzea Grande, Cuiabá, Mato Grosso, 2018.
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
15. Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986 Nov [cited 2017 May 01];5(1-2):165-73.
16. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(11): 3575-3584.
17. Teston EF, Carreira L, Marcon SS. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(3): 450-456.
18. Brasil ISPS, Pondé MP. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. *Rev. Psiquiatr.* 2009; 31(1): 24-31.
19. Ashe S, Routray D. Prevalence, associated risk factors of depression and mental health needs among geriatric population of an urban slum, Cuttack, Odisha. *J Geriatr Psychiatry.* 2019; 34(12):1799-1807.
20. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2005; 32(3): 149-159.

21. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018; Jan; 47:1-5.
22. Oliveira JBA, Lopes RGC. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*. 2008; 13(2), 217-221.
23. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(6): 918-923.
24. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(3): 469-476.
25. Marques MF, Lopes MJ. O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015; (spe2): 51-56.
26. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2016; 19(4): 691-701.
27. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J. bras. psiquiatr*. 2006; 55(1): 26-33. A
28. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(Suppl 2): 170-180.
29. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(1): 1-12.
30. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bagutchi TF. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with metaanalysis. *Rev bras geriatr gerontol*. 2016 May/June;19(3):545–59.

Como citar este artigo:

de Lara HCAA, Melo CA, Silva EC, Silva IA, Oliveira JS, Santana FS. Prevalência de depressão em mulheres idosas assistidas na atenção básica. *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(64): 42-51.