

DEPRESSÃO EM IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO COMPARATIVO DE INTERVENÇÃO

Joana Gabriela Borjes Soares¹, Elionara Aline Fernandes Moreira², Isabely Cardoso de Oliveira³,
Maria Angélica Gomes Jacinto⁴

Orientador: Gilson Vasconcelos Torres⁵

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte – joanagabriela91@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte – elionaraline@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Cardosobelly24@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte – angelicagi_@outlook.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte – gilsonvtorres@hotmail.com

RESUMO

Introdução: as últimas décadas estão sendo marcadas por um aumento gradativo da população idosa, sendo a depressão o principal transtorno mental que acomete este público, reforçando a necessidade de medidas que reduzam sua incidência. **Objetivo:** avaliar a depressão em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família antes e após a implementação de intervenções multidimensionais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e comparativo, tendo como amostra 118 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Natal e Santa Cruz (Rio Grande do Norte/Brasil). A pesquisa consistiu em três fases: coleta de dados, utilizando os instrumentos de caracterização sociodemográfica e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30); análise dos dados, empregando os testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnof) e Qui-quadrado (referência para análise de significância p-valor <0,05); e planejamento das estratégias, momento no qual houve inicialmente a divisão igualitária da amostra em dois grupos: intervenção e controle. **Resultados e Discussão:** predominaram idosos do sexo feminino (83,1%), com até 71 anos (72,8%), baixa escolaridade (50,0%) e portadores de doenças crônicas (94,9%). No grupo intervenção houve um aumento na ausência de sintomas depressivos (13,4%) e diminuição dos sintomas leves e graves (10% e 3,3%, respectivamente), ocorrendo significância entre o 1º e o 2º momento (p=0,050). Com isso, evidencia-se uma forte tendência de que tais ações reduzam a presença de manifestações depressivas nesse público. **Conclusão:** A depressão em idosos cadastrados na ESF diminuiu após a implementação de intervenções multidimensionais, reforçando a necessidade dessas na Atenção Primária, bem como, de estudos mais aprofundados sobre o tema.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Depressão, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem .

INTRODUÇÃO

As últimas décadas estão sendo marcadas por grandes mudanças na pirâmide etária mundial. Em 2012, o número de idosos chegou a quase 810 milhões, constituindo 11,5% da população global. Estima-se que esse número duplique em 2050¹. No contexto nacional, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012, apontou uma população de idosos de quase 15 milhões de pessoas (8,6% da população brasileira)². O Estado do Rio Grande do Norte (RN) apresenta cerca de 11,2% de pessoas mais velhas de sua população total³.

Apesar do aumento gradativo, reconhece-se uma frequência de doenças nessa fase da vida, sendo a depressão considerada o principal transtorno mental em idosos, podendo relacionar-se com a qualidade do sono e hábitos de vida, além de ser influenciada por questões sociodemográficas⁴. Tal distúrbio afetivo é caracterizado, principalmente, pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades, variando entre episódios mais leves e mais graves⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mundialmente, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, dessas 11 milhões são brasileiros^{5,6}. Dentre os brasileiros, a faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (11,1%)⁵. Tais dados endossam debates realizados em várias esferas, a exemplo do Dia Mundial da Saúde, promovido em três (03) de abril do corrente ano pela OMS, no qual o transtorno depressivo foi o tema debatido⁶.

Apesar de o diagnóstico precoce ser um importante aliado na prevenção e tratamento da doença, a principal dificuldade aos profissionais de saúde é o diagnóstico correto deste quadro clínico, que, em muitos casos, está associado ao fato da maioria dos idosos negarem a sua depressão e não procurar tratamento psiquiátrico⁷. Nesse sentido, é importante conceder uma atenção diferenciada à depressão nas intervenções destinadas às pessoas idosas, considerando fundamental a identificação, diagnóstico e tratamento precoce da mesma⁸.

Nesse cenário, destaca-se a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por ser um serviço mais próximo do cotidiano das pessoas e responsável por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁹.

O objetivo desse estudo é avaliar a depressão em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família antes e após a implementação de intervenções multidimensionais.

METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como quantitativo, descritivo e comparativo, abrangendo idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte/Brasil, sendo os locais elencados devido à existência de projetos de pesquisa e extensão em desenvolvimento - "Atenção à Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família no Brasil e Portugal: Proposta de avaliação e intervenção multidimensional" e "Intervenção de Educação e Saúde na comunidade com a Pessoa Idosa" - vinculados ao Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A amostra do estudo foi composta inicialmente por 120 idosos (60 Natal e 60 Santa Cruz), mas houve perda amostral por falecimento de dois idosos (um de Natal e um de Santa Cruz), restando assim 118 idosos, os quais foram divididos para fins comparativos em dois grupos: controle, que contavam apenas com o acompanhamento convencional da ESF, sem participação nas intervenções; e grupo intervenção que, por sua vez, participou da intervenção elaborada por alunos da UFRN. Como critérios de inclusão foram adotados: possuir 60 anos ou mais, estar cadastrado na ESF, apresentar condições cognitivas para responder os instrumentos (avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental - MEEM¹⁰ - com ponto de corte de 17 pontos para pessoas com três anos ou menos de escolaridade e de 24 pontos para quatro anos ou mais de estudo). Os critérios de exclusão incluíram: impossibilidade de encontrar os idosos no domicílio durante a coleta de dados e baixa frequência e/ou ausência desses nas reuniões para intervenções.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2017 e foi efetuada por pesquisadores previamente treinados, através de entrevista estruturada, em ambiente adequado (domicílio ou ESF), utilizando os seguintes instrumentos: caracterização sociodemográfica – a qual contém perguntas sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação de trabalho e doenças crônicas; e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)¹¹ - que avalia a presença de sintomas depressivos através de 30 questões dicotômicas (sim/não), onde o risco de depressão é menor quanto menor for a pontuação.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel e depois transferidos para o programa Estatístico SPSS, versão 20.0, no qual foi analisada a frequência absoluta e relativa, além da aplicação do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnof). Após verificar a não normalidade da amostra, foi adotado o teste Qui-quadrado, considerando como referência para análise de significância o p-valor de corte tradicional ($<0,05$)¹². Após a análise dos dados, planejou-se a intervenção multidimensional, validada quanto ao formato, conteúdo e operacionalidade por cinco

colaboradores, que realizaram a simulação da estratégia entre eles a fim de identificar e adequar falhas, seguida de um teste piloto *in loco* e reunião para a discussão de possíveis modificações, adotando como critério de validação a concordância de 80% de seus membros.

Convém ressaltar que as etapas de coleta e análise dos dados ocorreram em dois momentos a fim de comparar o comportamento da amostra nos dois grupos antes e após as intervenções, como propõe o objetivo desse estudo. Nesse sentido, o 1º momento corresponde à coleta e análise dos dados antes da intervenção e o 2º momento após a intervenção.

No que diz respeito ao formato, conteúdo e operacionalidade das intervenções, estas ocorreram num período total de seis meses, através de encontros quinzenais no turno vespertino, com duração média de uma (1) hora e trinta (30) minutos e em local próximo à comunidade. As atividades eram realizadas sempre em grupo e conduzidas tanto pela equipe da ESF, quanto por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas, objetivando reduzir os sintomas depressivos por meio das seguintes metodologias ativas:

- Uso do telefone celular;
- Simulação de mercado com realização de compras, orientações quanto ao valor nutricional, armazenamento dos alimentos e nutrição saudável;
- Bingo dos alimentos;
- Atividades físicas de deambulação, alongamento, exercícios com uso de pesos leves para MMSS e MMII e exercícios de concentração;
- Introdução às tecnologias com uso de computadores, tablets e celulares para pesquisa de receitas saudáveis e exercícios físicos na internet.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), com o parecer nº 562.318 e CAAE 21996313.7.0000.5537. Houve o esclarecimento dos objetivos do estudo e da importância do trabalho à população alvo, bem como solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos de Natal e Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		GRUPO PAREAMENTO			
		GRUPO INTERVENÇÃO		GRUPO CONTROLE	
		n	%	n	%
Sexo	Feminino	50	42,4	48	40,7
	Masculino	10	8,5	10	8,5
Faixa Etária	60 a 71 anos	45	38,1	41	34,7
	72 a 91 anos	15	12,7	17	14,4
Escolaridade	Até 3 anos	26	22,0	33	28,0
	> 3 anos	34	28,8	25	21,2
Estado Civil	Com companheiro	30	25,4	29	24,6
	Sem companheiro	30	25,4	29	24,6
Doenças crônicas	Sim	57	48,3	55	46,6
	Não	3	2,5	3	2,5

A amostra deste estudo foi composta de 118 idosos, na maioria do sexo feminino (83,1%), com até 71 anos (72,8%), baixa escolaridade (50,0%) e portadores de doenças crônicas (94,9%). O predomínio do sexo feminino corrobora com inúmeros estudos já publicados¹³⁻¹⁶ e pode estar associado à maior longevidade das mulheres e à menor exposição (em comparação aos homens) a determinados fatores de risco¹⁶. Entretanto, no que tange à faixa etária, em outros estudos houve a prevalência de idosos com idade maior que 70 anos¹³⁻¹⁷. A baixa escolaridade também foi unânime em outras pesquisas¹³⁻¹⁷ e remete à relevância da menor escolaridade na população idosa, bem como na compreensão de iniciativas públicas e ações não-governamentais voltadas à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos, já que estas exercem influência na vida social, econômica, na busca por serviços de saúde¹⁷ e na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado¹⁴. No que diz respeito ao alto índice de doenças crônicas, hegemônico em várias pesquisas, a de maior prevalência é hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹⁴. Estudos desvelam que o índice de depressão encontra-se em uma porcentagem superior em idosos hipertensos¹⁸.

Tabela 2. Sintomas depressivos dos grupos intervenção e controle, Rio grande do Norte, Brasil, 2015.

Sintomas depressivos	Grupo intervenção			Grupo controle		Qui-quadrado o p-valor
	1º Momento	2º Momento	Qui-quadrado p-valor	1º Momento	2º Momento	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ausentes	38 (63,3)	46 (76,7)		32 (55,2)	34 (58,6)	
Leves	19 (31,7)	13 (21,7)	0,050	23 (39,7)	20 (34,5)	0,639
Graves	3 (5,0)	1 (1,7)		3 (5,2)	4 (6,9)	

A tabela 2 compara os sintomas depressivos entre os grupos de intervenção e controle antes e após a intervenção (1º e 2º momento, respectivamente).

Observa-se que os dados do 1º momento nos dois grupos corroboram com os de algumas pesquisas que avaliam os sintomas depressivos em idosos: entre 19,6% e 26,3% para sintomas leves e 1,8% e 4,6% para graves^{19,20}.

No 2º momento, o grupo intervenção apresentou aumento na ausência de sintomas depressivos (13,4%) e diminuição dos sintomas leves e graves (10% e 3,3%, respectivamente), sendo tais dados significantes em relação ao 1º momento ($p=0,050$). Já no cenário do grupo controle, nota-se aumento dos sintomas depressivos graves (1,7%) e dados não significantes entre os dois momentos ($p=0,639$).

Diante do contexto acima, essa pesquisa traz à tona uma forte tendência de que intervenções multidimensionais de saúde reduzam os sintomas depressivos em idosos da Atenção Primária, oferecendo excelente potencial na promoção da saúde mental, autonomia, funcionalidade, qualidade de vida e inclusão social desse público.

Contudo, para que a efetivação dessas intervenções ocorra, é necessário contornar algumas barreiras, tais como: criação de tempo e espaço específico para condutas de enfermagem voltadas à saúde do idoso, pois o excesso de atividades administrativas desempenhadas pelos mesmos vem prejudicando suas funções assistencialistas; discussões de casos referentes à saúde do idoso com a equipe multidisciplinar, que geralmente são feitas apenas em caso de intercorrências, dificultando a realização de práticas preventivas²⁴.

Paralelamente também desvela a necessidade de estudos mais rebuscados que abordem a temática no sentido de aprimorar e delinear mais atividades de cunho multidisciplinar, já que grande

parte associa redução dos sintomas depressivos em idosos apenas à prática de exercícios físicos e atividades de lazer e/ou compararam o nível de depressão entre idosos ativos e sedentários^{21, 22, 23,25}.

Convém citar algumas limitações para o desenvolvimento do trabalho, dentre as quais destacam-se: amostra reduzida, abordagem dos idosos sem marcação prévia e realização da entrevista em local não reservado em alguns momentos.

A pesquisa pôde colaborar com o senso crítico-reflexivo e melhor definição das ações voltadas para esse grupo social, contribuindo com a formação e a capacitação de pesquisadores, docentes, discentes e profissionais de saúde que atuaram nas ESF das duas cidades proporcionando também a integração entre ensino-serviço-comunidade.

CONCLUSÃO

Os números encontrados neste estudo indicaram que os sintomas depressivos em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família diminuíram após a implementação de intervenções multidimensionais. Nesse sentido, identifica-se a necessidade de pesquisas mais detalhadas a respeito do formato, conteúdo e operacionalidade dessas intervenções, sobretudo no contexto da Atenção Primária, que é porta de entrada para os serviços de saúde, está mais próxima da comunidade adscrita e possui grupos de convivência, facilitando assim a adesão do público idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNFPA, HelpAge International. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio / UNFPA, HelpAge International; tradução Eleny Corina Heller. - New York; 2012.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage Internet]. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios [acesso em 31 ago 2017]. Disponível em:
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Brasília (DF); 2013.
4. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do

- Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2015; 18(3): 521-531.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014.
 6. Organização Pan-Americana da Saúde [homepage Internet]. Tema do Dia Mundial da Saúde de 2017, depressão é debatida por especialistas em evento na OPAS/OMS [acesso em 01 set 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5391:tema-do-dia-mundial-da-saude-de-2017-depressao-e-debatida-por-especialistas-em-evento-na-opas-oms&Itemid=839
 7. Martins RM. A depressão no idoso. Millenium. 2016. 34(13): 119-123.
 8. Roncon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de Vida, Morbidade Psicológica e StressFamiliar em Idosos Residentes na Comunidade. Psic.: Teor. e Pesq. 2015; 31(1): 87-96.
 9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011 dez. 30; Seção 1. p. 59.
 10. Murden RA, McRae TD, Kaner S, Bucknam ME. Mini-Mental State Exam Scores Vary with Education in Blacks and Whites. J Am Geriatr Soc. 1991; 39(2):149-55.
 11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. psychial. res. 1983; 17(1):37-49.
 12. Ferreira JC, Patino CM. O que realmente significa o valor-p?. J Bras Pneumol. 2015; 41(5): 485-485.
 13. 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.

14. Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araujo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Revista Kairós Gerontologia*. 2016; 19(2): 133-146.
15. Ferreira LL, Cochito TC, Caíres F, Marcondes LP, Saad PCB. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2012; 17(2): 373-386.
16. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(5): [9 telas].
17. Inouye K, Pedrazzani ES. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(número especial).
18. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene*. 2014; 15(1): 151-157.
19. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2191-2198.
20. Bassani DCH, Borges DT, Teixeira RM, Pimentel RB. Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. In: II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar – II CBMH. Blucher Medical Proceedings. São Paulo. 2014; 1(5): 21
21. Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, Alves LCS, Inouye K, Gratão ACM. Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(4): 683-694.
22. Teixeira CM, Nunes FMS, Ribeiro FMS, Arbinaga F, Vasconcelos-Raposo J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 2016; 16(3): 55-65.

23. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis. 2012; 7(23): 75-82.
24. Marciano JA, Lima MTO, Sousa PMT, Siqueira MEC. Avaliação Multidimensional da saúde do idoso na atenção primária: possibilidades e desafios. ICBS Puc Minas. 2014. 1-19
25. Gonçalves FB, Araujo APS, Nascimento-Júnior JRA, Oliveira DV. Qualidade de vida e indicativos de depressão em idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade da cidade de Maringá (PR). Revista Saúde e Pesquisa. 2015; 8(3): 557-567.