

DEPRESSÃO EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE ARAGUARI – MG**Depression in the elderly in primary health care in the city of Araguari - MG**

Debora Leticia Silva Gouvêa Viana¹, Herbert Cristian de Souza¹, Marcos Henrique Domingues Felix¹, Marizette Levergger Romano Campos Apolinário¹, Raquel Santos Berto de Faria¹, Sarah do Prado Pereira Barcelos¹, Tâmara Neiva Quirino¹

Resumo

O objetivo desse trabalho foi avaliar a prevalência de depressão em idosos atendidos na Atenção Básica, por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15). O trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, incluídos pacientes acima de 60 anos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Araguari – MG, durante o período de agosto de 2015 a junho de 2016. Foram avaliados 359 pacientes, onde prevaleceu a ausência de depressão, dos quais a maioria era do gênero feminino, entre 60 a 69 anos, que estudaram até o primeiro grau, aposentados, que não praticavam atividade remunerada, recebiam um salário mínimo e não praticavam atividade física. A partir dos resultados, detectou-se mesmo a ausência de depressão ter sido dominante, existe a necessidade de uma avaliação multiprofissional na Atenção Básica, a fim de evitar que a depressão seja negligenciada e, então, possa ser tratada de forma eficaz, rápida e segura para o paciente.

Palavras-chave: Depressão, Idosos, Atenção Básica.

Abstract

The objective of this study was to assess the prevalence of depression in elderly patients in primary care, through the application of the Geriatric Depression Scale of Yesavage at reduced version (GDS-15). The work this is a descriptive research and quantitative analysis, included patients above 60 years treated in basic health units in the city of Frankston - MG, during the period from August 2015 to June 2016. We evaluated 359 patients, which prevailed the absence of depression, most of whom were female, between 60 to 69 years, who studied up to the first grade, retirees, who did not practice paid activity, receiving a minimum wage and did not practice physical activity. From the results, saw that even the absence of depression have been dominant, there is a need for a multiprofessional assessment in primary care in order to avoid the depression is neglected and then can be treated effectively, quickly and securely to the patient.

Keywords: Depression, elderly, Primary Care.

¹ Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos - IMEPAC

Introdução

O Brasil apresenta um dos mais acelerados processos de envelhecimento populacional mundial, com mais de 23,5 milhões de pessoas acima de 60 anos, correspondendo a 12,1% da população. Estima-se que até a metade deste século este número mais que duplicará, com mais de 58 milhões de idosos, tornando o sexto país do mundo com maior quantidade de pessoas acima desta faixa etária (FERRARI, 2007; NOGUEIRA, 2014; DE OLIVEIRA TINOCO, 2015).

Entre os problemas que o aumento da longevidade acarreta, a depressão tem forte destaque, e é vista como a patologia mais comum na terceira idade, com uma prevalência que pode chegar até 30%, trazendo enorme impacto negativo em todos os aspectos da vida social, física, psicológica e econômica do paciente (GIARDINI, 2014; NOGUEIRA, 2014).

A depressão constitui uma enfermidade mental frequente no idoso, comprometendo muito sua qualidade de vida, isso devido aos mais diversos fatores, como a redução de perspectivas sociais; ao declínio da saúde; às perdas frequentes; alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais, além de disfunções neuroendócrinas e neuroquímicas que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento (SANTOS AGUIAR; LENE DOS SANTOS, 2015).

A depressão pode ser definida como um processo que se caracteriza por redução de energia, desânimo, cansaço, incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, o que leva à perda da capacidade de planejar o futuro, alteração do juízo de realidade entre outras (CANALE; FURLAN, 2006).

Dentre os principais fatores desencadeantes destacam-se as alterações biológicas, a dependência física e as alterações na dinâmica familiar (KAWAKITA, 2015; EULALIO et al., 2015), sendo que o tratamento é abrangente e complexo.

Levando em consideração que a depressão é uma condição clínica muito frequente em idosos, sendo seu quadro patológico pouco identificado nas unida-

des de atenção primária (KAWAKITA, 2015), e que no município de Araguari (MG), com 13% da população com 60 anos ou mais (IBGE, 2010), não há dados sobre a prevalência da patologia em pacientes nessa faixa etária atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), o presente trabalho visou identificar os fatores de risco e o mapeamento da depressão na atenção primária por meio da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15), instrumento validado e aceito internacionalmente na verificação das vulnerabilidades apresentadas pela depressão.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir na adequação e orientação de novas políticas públicas, no intuito de diminuir custos para os sistemas de saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas atingidas com esta patologia.

Revisão de Literatura

É notável o crescimento da população idosa no mundo, constituindo uma verdadeira transição demográfica (DE OLIVEIRA TINOCO, 2015). No Brasil os dados não são diferentes, uma vez que a estimativa da expectativa de vida da população nacional para 2050 é de 81,3 anos, sendo que até 2025, as projeções indicam que o país será o sexto do mundo em número de pessoas acima de 60 anos (AGUIAR, 2014), o que se torna um grande desafio para as políticas públicas (GIARDINI, 2014).

Em prova disso, no cenário internacional a aprovação do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), feito pelos países da Organização das Nações Unidas (ONU), em 12 de abril de 2002, estabeleceu direções e medidas prioritárias para promover uma velhice saudável. Já no contexto nacional, a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 e o Estatuto do Idoso, sancionado pela Lei nº 10.741, estão em consonância com as políticas internacionais, pois prevêm direitos a uma velhice digna e saudável (GIARDINI, 2014).

Entretanto, o processo de envelhecimento é inevitável, trazendo consigo os seus efeitos, maior vulnerabilidade social, fragilidade biológica, funcional e psicológica (KAWAKITA, 2015). Essa etapa de desenvolvimento é comumente associada à vivência de

perdas, facilitando o aparecimento de quadros depressivos (DE OLIVEIRA TINOCO, 2015; RONCON et al., 2015), sendo esta a patologia mais frequente em idosos (NOGUEIRA, 2014). Dados da OMS indicam que até 2020 a depressão deverá ocupar o segundo lugar entre as etiologias de morbidade, perdendo somente para as doenças cardíacas.

Neste contexto, a prevalência da depressão na população geral pode chegar até 11%, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (IBANEZ, 2014). A prevalência de depressão em idosos varia de acordo com o ambiente onde estão inseridos: até 3% em idosos inseridos na comunidade; de 10 a 15% nos idosos hospitalizados, e; de 12 a 16% nos idosos institucionalizados (FERRARI, 2007).

A OMS estima que a depressão é a principal causa de deficiência mental em todo o mundo (EULALIO et al., 2015). As pessoas idosas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maiores probabilidades de declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com menores níveis de sintomatologia (RONCON et al., 2015), tornando o déficit cognitivo em muitas vezes o principal sintoma desse paciente depressivo.

Além disso, o fato dos idosos viverem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados parece contribuir de forma evidente para a presença de sintomas depressivos (FRADE, 2015). Entretanto, há a existência de uma associação entre a idade e as várias dimensões da qualidade de vida, verificando-se de quanto maior a idade, menor a qualidade de vida física, psicológica e social, menor a capacidade funcional, maior a depressão e o estresse familiar (RONCON et al., 2015).

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico, e exames complementares são usados para excluir outras doenças associadas, uma vez que a depressão é comumente associada com uma variedade de desordens físicas e prejuízo cognitivo. Contudo, sabe-se que a depressão ainda é uma doença sub-diagnosticada e sub-tratada, pois menos da metade dos diagnosticados recebem tratamento e, metade destes, não o recebem adequadamente. A falta do tratamento adequado associa-se a uma maior inca-

pacidade, ao aumento no número de hospitalizações e aumento da mortalidade. Adicionalmente, sabe-se que a própria sintomatologia da depressão aliada aos estressores do cotidiano é uma dificuldade enfrentada pelos pacientes no seguimento da terapêutica medicamentosa (IBANEZ, 2014). O suicídio é a complicação mais temida dessa doença, e a faixa etária acima de 60 anos é a de maior risco, sendo 7% para homens e 1% para as mulheres (FERRARI, 2007). Estima-se que 1 milhão de pessoas se suicidam a cada ano decorrente da depressão severa (GIARDINI, 2014).

Diante do avanço da ocorrência da depressão surgiram novas técnicas de abordagem dessa patologia. Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para depressão chamada Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 questões (GDS-30) e 15 questões (GDS-15), ambas são validadas nacional e internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global (FERRARI, 2007). A GDS sugere a presença ou ausência de indicadores de depressão, sendo que sua especificidade é de 95% (FRADE, 2015). Sabe-se ainda que a GDS-15 foi considerada mais adequada para o uso nos cuidados primários do que a GDS-30.

A escala GDS-15 é constituída por 15 perguntas afirmativo-negativas nos quais os pontos de corte propostos são um resultado entre 0 a 4 pontos (ausência de depressão), de 5 a 9 pontos (depressão leve a moderada) e de 10 a 15 pontos (depressão grave).

Assim, a inclusão de ferramentas como a GDS na pré-consulta pode proporcionar diagnósticos mais precisos, melhorando a abordagem com intervenções mais rápidas de quadros depressivos, principalmente na atenção básica (NOGUEIRA, 2014).

A partir de instrumentos como o GDS, diversos trabalhos foram realizados para melhor caracterizar essa doença e seus portadores. Ferrari e Dalacorte (2007) identificaram que, em uma amostra de 50 idosos, a maioria se encontravam na faixa etária de 70 a 79 anos (44%), estado civil predominante foi solteiro/viúvo/separado (66%), a escolaridade mais presente foi de 1 a 3 anos de estudos (42%) e preva-

lência de depressão, baseada no GDS-15, foi de 54% sem depressão, 38% depressão leve a moderada e 8% depressão severa.

Ibanez (2014) evidenciou 27 pacientes atendidos em serviço especializado (26,6% da amostra) não aderiam ao tratamento medicamentoso contra depressão e, 51,9% desconheciam a dose dos medicamentos prescritos.

Já Nogueira e colaboradores (2014) avaliaram, por meio do GDS-15, a incidência de depressão em 621 idosos cadastrados na atenção básica. Em sua amostra, 30,6% apresentaram prevalência de depressão, com predomínio de mulheres (63,8%) e com média de idade de 69,4 anos. Contudo, detectou-se frequências decrescentes de depressão de acordo com o avanço da idade: entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5%).

Não só depressão tem cura como também seu tratamento é foco atualmente de grandes investigações da indústria farmacêutica e de cientistas. Ele é constituído basicamente por uma linha medicamentosa e outra não medicamentosa, como a maioria das patologias, por predileção deve ser gerido por uma equipe multiprofissional, por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos. A terapêutica medicamentosa precisa ser seguida com disciplina para obtenção dos benefícios clínicos e redução de riscos e recaídas, e ainda precisa ser continuada por tempo variável mesmo após a remissão dos sintomas (IBANEZ, 2014). O uso de antidepressivos no idoso evoluiu no decorrer dos anos, e o surgimento dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS), entre as décadas de 80 e 90, desenvolveu-se por estes, a preferência no tratamento desses pacientes, por apresentarem menores reações adversas que os antidepressivos anteriores. Atualmente ISRS mais utilizado é o cloridrato de fluoxetina, que está disponível na rede pública (WAGNER, 2015).

A abordagem não medicamentosa, que segundo estudos recentes prometem contribuir significativamente para o bem-estar desses pacientes, abrange principalmente a atividade física, psicoterapia e in-

teração social. Conduzidas de escolha por um profissional capacitado, as atividades físicas mais utilizadas são treinamento aeróbico, treinamento de força e exercícios de baixa intensidade, que contém: caminhada, bicicleta, esteira, musculação, hidroginástica, pilates e outras. Porém, devido aos divergentes resultados na literatura não há evidências suficientes que comprovem qual melhor metodologia para terapêutica de depressão, mas é certo que o exercício físico pode melhorar os sintomas depressivos, o desempenho cognitivo e a qualidade de vida dos idosos (AGUIAR, 2014). Há ainda a psicoterapia, realizada preferencialmente por profissionais especializados, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, com os objetivos de reduzir o sofrimento psíquico dos idosos, reorganizar os planos de vida, incluí-los em atividades ocupacionais, sociais, artísticas e de lazer. Esta modalidade de terapia inclui as orientações dos familiares, cuidadores e do próprio paciente a respeito de sua doença e como conduzi-la (STELLA et al., 2002).

A falta de adesão aos tratamentos ainda é um desafio para as equipes de saúde envolvidas no tratamento desses pacientes, e a Atenção Básica é fundamental nesse processo, uma vez que é responsável por ações de promoção e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação. Além disso, é a principal via de acesso dos idosos como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por isso ela é alvo de trabalhos e pesquisas, gerando intervenções mais direcionadas e com maior eficácia.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e quantitativo, com período de seguimento transversal, fundamentado na identificação de depressão em pacientes idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da cidade de Araguari (MG).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a abril de 2016, por meio de visitas frequentes às UBSF, de onde se obteve a relação de pacientes atendidos que, logo após, foram procurados em seus domicílios.

Para a seleção das Unidades investigadas, realizou-se a divisão geográfica da cidade em quatro grandes áreas, levando em consideração a quantidade de UBSF e população atendida nessas regiões, sendo que todas as regiões foram alvo de investigação.

A área 1 abrangeu os bairros: São Sebastião, Sewa, Independência, Santa Terezinha, Goiás, Viena e Palmeiras do Império. A área 2 envolveu os bairros: Sibipiruna, Paraíso, Parque dos Verdes, Ouro Verde, Miranda, Santiago e Rosário. Já a área 3 os bairros: Fátima, Dos Industriários, Brasília, Maria Eugênia, Santa Helena, Guitierrez e Centro; e a área 4: Amorim, Bosque, Jardim Regina, Milenium, Novo Horizonte, Distrito Industrial e Setor Profissionalizante.

O total aproximado de idosos cadastrados na Atenção Básica foi calculado baseando-se na totalidade de idosos do Município (13% - 14.370 habitantes) (IBGE, 2010), ou seja, como a Saúde primária de Araguari possui cerca de 44.800 de pessoas cadastradas, tem-se, com 13% desse valor, um valor estimado de 5.900 idosos registrados na Atenção Básica. Esses dados foram obtidos por meio de contato direto com as UBSF, Secretaria Municipal de Saúde e o Controle de Zoonoses. O cálculo amostral foi realizado pela equação de Cochran, com nível de confiança de 95% e com erro esperado de 5%, extraíndo uma amostra de aproximadamente 359 indivíduos, perfazendo 6% do total de idosos na Atenção Básica.

A quantidade de pesquisados foi proporcional à população de cada área e dividida entre as UBSF existentes na região e a escolha dos indivíduos, a serem questionados, foi feita por amostragem aleatória simples entre todas as pessoas condizentes ao perfil da pesquisa cadastradas em cada Unidade.

Para este estudo foram incluídos indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos vinculados às UBSF do município de Araguari (MG). Alteração do nível de consciência por comorbidades agudas, déficit cognitivo, histórico de demência, depressão já diagnosticada, incapacidade de compreender ou responder ao questionário foram excluídos do estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados um questionário socioeconômico e a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15).

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa BioEstat 5.0, no qual se procedeu à análise com objetivo de obter a prevalência de depressão, além de caracterizar a amostra do estudo.

De todos os investigados foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a autorização do responsável pelo local no qual foi realizada a pesquisa.

Resultados

Dos 359 pacientes que participaram deste estudo 62% (n=221) são do gênero feminino e 38% (n=138) masculinos. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária 60 a 69 50% (n=180). Os pacientes que estudaram até o primeiro grau representaram 60% (n=217). Cerca de 20%(n=72) não eram aposentados e, 30%(n=109) revelaram praticar alguma atividade remunerada, porém, a renda que mais prevaleceu foi 1 (um) salário mínimo, prevalecendo em 58% (n=210) dos investigados (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sócio demográficas da população estudada.

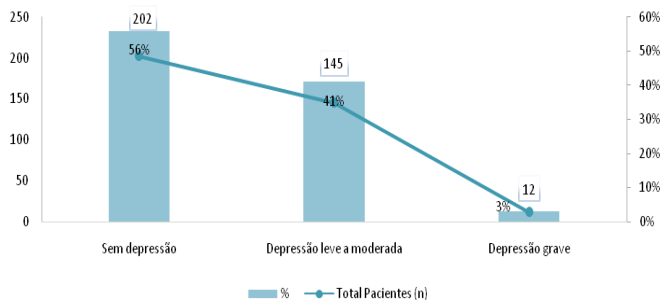
Variáveis	Total		
	n	%	
Gênero	Masculino	138	38
	Feminino	221	62
Faixa etária	60 – 69 anos	180	50
	70 – 79 anos	131	36
	>80 anos	48	14
Escolaridade	Até 1º grau	217	60
	Até 2º grau	58	16
	Até 3º grau	23	7
	Sem estudo	61	17
Aposentado	Sim	287	80
	Não	72	20
Atividade remunerada	Sim	109	30
	Não	250	70
	Não possui	24	7
Renda	1 SM	210	58
	2 a 4 SM	117	33
	> 5 SM	8	2
	Solteiro	37	10
Estado civil	Casado	173	48
	Divorciado	34	9
	União Estável	11	3
	Viúvo	104	30
Vive sozinho	Sim	69	19
	Não	290	81
Atividade Física	Sim	105	29
	Não	254	71
Atividade de Lazer na região onde reside	Centro	0	0
	Dança	52	14
	Outros	3	1
Religião	Não	311	89
	Sim	332	92
	Não	27	8
Saúde	Fraca	35	10
	Regular	117	33
	Boa	149	42
	Ótimo	48	13
	Excelente	10	2

Fonte: dados da pesquisa

Do total de idosos, 48% (n=173) são casados e somente 19% (n=69) moram sozinhos. Ao serem questionados da existência de alguma atividade recreativa em sua região, 89% (n=311) relataram não haver. A prática religiosa esteve presente em 92% (n=332) dos pacientes. A auto percepção do estado de saúde manteve média entre boa (42%, n=149) a regular (33%, n=117).

No geral, diante da aplicação da GDS-15, 56% (n=202) dos investigados apresentaram ausência de depressão, 41% (n=145) depressão leve a moderada e 3% (n=12) houve evidência de depressão grave (Figura 1).

Figura 1 – Incidência de Depressão na amostra estudada.

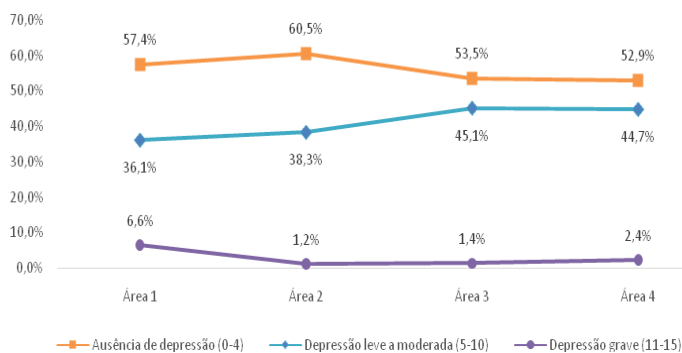


Fonte: dados da pesquisa

A ocorrência de depressão é associada a fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. Os idosos, por dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem a população mais acometida por esta patologia, estando intimamente associada a dificuldades financeiras. Características como produtividade e empregabilidade declinam com a idade a partir de um determinado momento, passando as pessoas a dependerem cada vez mais dos rendimentos dos demais moradores do domicílio para sobreviverem e manterem seu padrão de vida (OLIVEIRA et al., 2006).

Em todas as áreas de estudo a ausência de depressão se mostrou maioria, seguida por depressão leve a moderada e por fim depressão grave. A Área 2 mostrou maior porcentagem de ausência de depressão (60,5%), e as áreas 3 e 4 apresentaram maior número de depressão leve a moderada. A área 1 se destacou por apresentar 6,6% de depressão grave (Figura 2).

Figura 2 – Incidência de depressão por área de estudo.

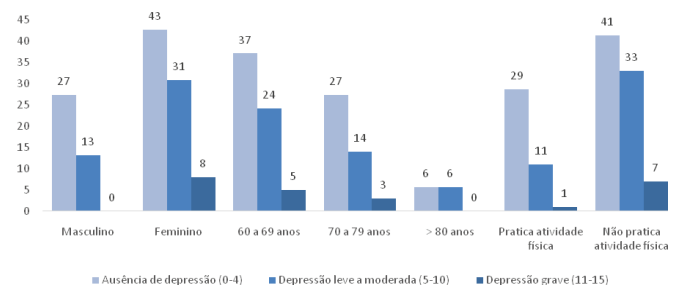


Fonte: dados da pesquisa

A Área 1 apresentou ausência de depressão em 57,4% (n=70) dos participantes investigados naquela área, com predomínio de mulheres (61%, n=43), faixa etária de 60 a 69 anos (53%, n=37), e com 59% (n=41) que praticam atividade física.

No intervalo de depressão leve a moderada teve-se 36% (n=44) dos pacientes nessa faixa, sendo representado por 70% (n=31) de mulheres, e na faixa etária de 60 a 69 anos (55%, n=24). Dos 44 pacientes nessa faixa de depressão, 75% (n=33) não praticam nenhuma atividade física. Ainda, a depressão grave na área 1 foi identificada em 7% (n=8) dos idosos, sendo todas mulheres, e a maioria (63%, n=5) entre 60 e 69 anos, com praticamente ausência de atividades físicas (87%, n=7) (Figura 3).

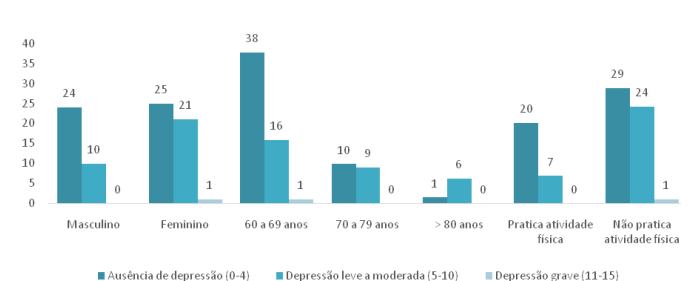
Figura 3 – Incidência de depressão na área 1.



Fonte: dados da pesquisa

Na Área 2 a ausência de depressão representou 60% dos resultados com n=40, o gênero predominante foi o feminino com 51% (n=25), idade no intervalo de 60 a 69 anos (77%, n=38), sendo que 59% (n=29) não praticam atividade física. Na categoria de depressão leve a moderada teve-se 38% (n=31), com predomínio de mulheres com 68% (n=21) e faixa etária entre 60 a 69 anos (51%, n=16). Já a depressão grave acomete apenas 1 (um) paciente, sendo mulher na faixa etária de 60 a 69 anos, e que não praticava atividade física (Figura 4).

Figura 4 – Incidência de depressão na área 2.



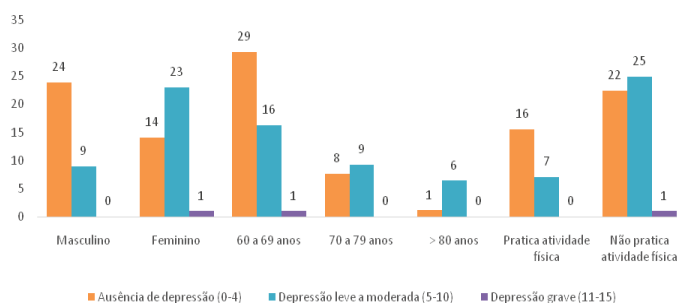
Fonte: dados da pesquisa

Ainda, na Área 3 obteve-se 54% (n=38) com ausência de depressão, sendo predominante o gênero masculino com 63% (n=24), entre 60 a 69 anos de idade (53%, n=20), sendo que a grande maioria (87%, n=24) não pratica alguma atividade física. A depres-

são leve a moderada representou 45% (n=32), com 72% (n=23) de mulheres, entre 60 a 69 anos (47%, n=15). Na depressão grave, esta acomete apenas um paciente, sendo mulher na faixa etária de 60 a 69 anos, e que não pratica atividade física (Figura 5).

É notório que as atividades recreativas como o lazer, dança, música, atividade física, leitura e incentivo ao uso de instrumentos tecnológicos fazem parte das intervenções de prevenção e promoção à saúde física e mental de pacientes com propensão à depressão (GIARDINI, 2014). Além disso, Aguiar et al (2014), esclarece que a atividade física merece destaque, porque, tanto o treinamento aeróbico quanto o de força com intensidade moderada podem contribuir para a redução dos sintomas da depressão e melhora na qualidade de vida dos idosos principalmente aspectos físicos.

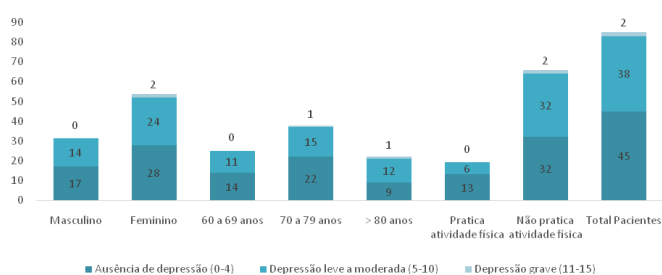
Figura 5 – Incidência de depressão na área 3.



Fonte: dados da pesquisa

Por fim, na Área 4 houve um predomínio de 53%(n=45) de ausência de depressão, com 62%(n=28) de mulheres, com 49%(n=22) na faixa etária entre 70 a 79 anos (71%, n=32) que não praticam atividade física. Já a depressão leve a moderada, acomete 45%(n=38) dos pacientes, com predomínio de mulheres (63%, n=24), entre 70 a 79 anos (39%, n=15). E por último, a depressão grave representou apenas 2%(n=2), com todos os pacientes do gênero feminino, sendo um na faixa etária de 70 a 79 anos, e o outro acima de 80 anos (Figura 6).

Figura 6 – Incidência de depressão na área 4.



Fonte: dados da pesquisa

Os estudos aprofundados sobre a velhice ainda são poucos, contudo, sabe-se que o envelhecimento precisa ser com qualidade, e esta depende muito da promoção de saúde e de intervenções ainda na fase adulta como: atividades voltadas para o fortalecimento dos laços sociais, orientação na construção de projetos de vida, programas de preparação para aposentadoria, incentivo a boa alimentação e a prática de atividade física, podem garantir aos idosos um envelhecimento digno (TINOCO, 2015).

Conclusão

É comum a atribuição equivocada dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento natural, levando a negligência do diagnóstico acarretando problemas graves no sistema de saúde. A falta de conhecimento sobre a depressão por parte dos pacientes, das famílias e das equipes de saúde agravam ainda mais esse cenário. E, na Atenção Básica de Araguari, não foi diferente.

A ausência de depressão foi dominante (56%, n=202), porém destaca-se a presença leve a moderada dessa doença em 41% (n=145) dos pacientes, uma prevalência alta, visto que nenhum dos investigados foi diagnosticado anteriormente com a patologia. O estudo mostrou também a presença de 3% (n=12) de depressão grave, o que alerta para os riscos desse estágio da doença, dos quais o mais temido é o suicídio. Caracterizando o perfil do paciente de risco para depressão nas regiões estudadas, revelou-se que são mulheres, na faixa etária de 60 a 69 anos, e que não praticam atividade física, podendo ser um indicativo da carência de investimentos públicos na atenção do idoso, uma vez que 89% dos idosos alegam a inexistência de atividades recreativas em sua região.

Por conseguinte, a necessidade de uma equipe multiprofissional de qualidade na Atenção Básica para prevenir, rastrear e diagnosticar a depressão é sempre necessária, pois, viu-se que idosos mesmo cadastrados e frequentes nas Unidades de Saúde, devido a outras comorbidades, passaram despercebidos pelas equipes.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, B. et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 19, n. 2, p. 205, 2014.

CANALE A.; FURLAN, M.M.D.P. Depressão. *ArqMudi*, v.10, n. 2, p. 23-31, 2006.

DE OLIVEIRA TINOCO, E. M; TINOCO, L. A. B; CARVALHO, A. L. N. Envelhecimento saudável: o que dizem os idosos e os profissionais da área de psicologia. *Polêmica*, v. 15, n. 1, p. 001 a 014, 2015.

EULALIO, M. C. et al. A estrutura latente da depressão em idosos: uma análise taxométrica. *Cad. saúde pública*, v. 31, n. 3, p. 555-564, 2015.

FERRARI, J. F; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FRADE, J, et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, n. 4, p. 41-49, 2015.

GIARDINI, S. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014.

IBANEZ, G. et al. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 4, p. 556, 2014.

IBGE, Minas Gerais – Araguari – Evolução Populacional e pirâmide etária. Censo 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/79B>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

KAWAKITA, R. T. et al. Sistema para monitorar o estado cognitivo e a depressão geriátrica. *Anais do ENIC*, n. 6, 2015.

NOGUEIRA, E. L. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

RONCON, J; LIMA, S; PEREIRA, M. G. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, n. 1, p. 87-96, 2015.

SANTOS AGUIAR, L; LENE DOS SANTOS, W. Conhecimento dos enfermeiros quanto ao tratamento da depressão na terceira idade. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 3, n. 2, p. 133-140, 2015.

WAGNER, Gabriela Arantes. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 1-4, 2015.

=STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Mo-triz*, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002