

Características multidimensionais de saúde de idosos com sintomas depressivos

Multidimensional health characteristics of elderly people with depressive symptoms

Características multidimensionales de la salud de los ancianos con síntomas depresivos

Giselle Fernanda Previato
Célia Maria Gomes Labegalini
Lígia Carreira
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar as características multidimensionais de saúde de idosos com sintomas depressivos. Estudo descritivo e exploratório, realizado com 12 idosos com pré-disposição para sintomas depressivos, avaliados por instrumentos de avaliação de humor, cognição, funcionalidade e vulnerabilidade. Os dados foram analisados em relação à frequência relativa, e discutidos à luz das políticas nacionais de saúde para idosos. Os resultados permitiram conhecer as características de saúde dos idosos com sintomas depressivos, com destaque para os idosos com pré-disposição grave, que apresentaram maior vulnerabilidade e declínio cognitivo; no entanto, idosos com pré-disposição moderada à depressão devem ser avaliados, visando à prevenção de agravos.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Depressão; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: *El objetivo del estudio fue analizar las características multidimensionales de salud de los ancianos con síntomas depresivos. Estudio descriptivo y exploratorio, realizado con 12 ancianos con pre-disposición para síntomas depresivos, evaluados por instrumentos de evaluación del humor, cognición, funcionalidad y vulnerabilidad. Los datos fueron analizados en relación a la frecuencia relativa y discutidos a la luz de las políticas nacionales de salud para ancianos. Los resultados permitieron conocer las características de salud de los ancianos con síntomas depresivos, con destaque para los ancianos con pre-disposición grave, que presentaron mayor vulnerabilidad y declinación cognitiva, sin embargo, los ancianos con pre-disposición moderada a la depresión deben ser evaluados para la prevención de agravios.*

Keywords: *Health of the elderly; Depression; Primary Health Care.*

RESUMEN: *The objective of the study was to analyze the multidimensional characteristics of elderly health with depressive symptoms. Descriptive and exploratory study, carried out with 12 elderly people with a pre-disposition for depressive symptoms, evaluated by instruments of humor evaluation, cognition, functionality and vulnerability. Data were analyzed relative to relative frequency and discussed in light of national health policies for the elderly. The results allowed us to know the health characteristics of the elderly with depressive symptoms, especially the elderly with severe pre-disposition, who presented greater vulnerability and cognitive decline, however, the elderly with moderate pre-disposition to depression should be evaluated for prevention Of injuries.*

Palabras clave: *Salud del anciano; Depresión; Atención Primaria de Salud.*

Introdução

O envelhecimento humano tem em sua definição as alterações morfofuncionais que levam as pessoas a um processo natural, contínuo e irreversível de desestruturação orgânica e diminuição de reserva funcional; sendo assim, não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo, nem está associado à existência de uma doença, e envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada (Silva, Sousa, Ferreira, & Peixoto, 2012; Brasil, 2010).

Em parâmetros mundiais, a proporção de pessoas com 60 ou mais anos de idade está crescendo de maneira mais rápida do que outras faixas etárias. Em 2025, prevê-se que existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos.

Até 2050, haverá 2 bilhões de indivíduos nessa faixa etária, sendo 80% nos países em desenvolvimento. No Brasil, prevê-se em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2010). Nesse contexto de envelhecimento populacional, avultam as doenças crônicas que acometem os idosos, dentre elas, as doenças demenciais. Tais agravos se encontram entre os problemas de saúde mais comuns na velhice, com destaque para os sintomas depressivos, com cerca de 8 a 16% de acometimento nessa faixa etária, que predis põem os idosos a terem o diagnóstico de depressão (Brasil, 2012).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2013), o diagnóstico de depressão requer a presença dos seguintes sintomas: humor depressivo, ou perda de interesse ou prazer, durante pelo menos duas semanas, além de outros sintomas relacionados, tais como: alterações psicomotoras e de sono, redução no grau de concentração, variação de peso corporal e perda de energia (DSM-V, 2013).

Estimativas apontam que, em 2020, o transtorno depressivo será a segunda maior causa de incapacidade no mundo, pela associação entre depressão em idosos e o risco de maior comprometimento físico, social e funcional, pior qualidade de vida, presença de comorbidades, maior uso de medicações, maior estresse, aumento da mortalidade, pior saúde autorrelatada e menor suporte social percebido (Feliciano, & Moreti, 2015; Muniz, Batistoni, & Nascimento, 2012; Ortiz, & Wanderley, 2013), complicações essas que, em sua grande maioria, não são avaliadas pelas equipes de saúde.

Ainda que a problemática seja evidente nesse contexto, é frequente a falta correta e em tempo da identificação de sintomas, diagnóstico, e tratamento, principalmente pela sub-notificação, devido ao despreparo dos profissionais de saúde em identificar tais agravos à saúde do idoso (Silva, *et al.*, 2012), reforçando a necessidade de um maior preparo e de meios adequados utilizados pelos profissionais para identificar os sintomas depressivos e seus agravantes.

Nesse cenário, justifica-se a necessidade de uma avaliação global da pessoa idosa, visto que sintomas depressivos quando não devidamente rastreados podem causar outros agravos, tanto quanto outras comorbidades podem causar sintomas depressivos, reforçando a importância da avaliação do estado cognitivo, funcional, e de vulnerabilidade do idoso de modo individual, a fim de estabelecer um diagnóstico, prognóstico, planejamento e a execução de ações terapêuticas adequadas às suas necessidades biopsicossociais (Brasil, 2010; Silva, *et al.*, 2012).

Assim, diante da relevância do rastreio precoce de sintomas depressivos em idosos, pela possibilidade de auxiliar na intervenção inicial e adequada (Silva, *et al.*, 2012), com auxílio de diversas escalas de avaliação como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), para sintomas depressivos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para déficit cognitivo, a escala de Lawton e Brody, para capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária (AIVD), o Índice de Katz, para capacidade funcional para atividades básicas de vida diária (ABVD) (Brasil, 2007) e o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), para avaliação da vulnerabilidade dos idosos (Brasil, 2012), esta pesquisa buscou responder ao seguinte questionamento: Quais as características de saúde segundo as escalas de avaliação multidimensional de idosos com sintomas depressivos?

Desse modo, o objetivo do estudo foi analisar as características multidimensionais de saúde de idosos com sintomas depressivos.

Métodos e Procedimentos

Tratou-se de um estudo transversal de caráter exploratório-descritivo, com foco na exploração e descrição do fenômeno caracterizado como aspectos cognitivos, vulnerabilidade e capacidade funcional de idosos avaliados com sintomas para depressão.

Os dados foram levantados de 117 fichas de cadastro de idosos acompanhados no Projeto de Extensão ‘Assistência Domiciliar de Enfermagem a Familiares de Idosos Dependentes de Cuidado’ (ADEFI), que tem por foco assistir os idosos e seus cuidadores familiares.

Destas fichas, 12 foram analisadas por sinalizarem idosos com tendência à depressão, segundo a Escala de Depressão Geriátrica Versão Reduzida (GDS-15) (Brasil, 2007; Moraes, & Moraes, 2014) - um dos instrumentos mais empregados para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas. Apresenta 15 perguntas negativas/afirmativas referentes a como a pessoa se sentiu na última semana. Com escore de 0 a 5 pontos, o idoso é classificado: sem sintomas depressivos; de 6 a 10 pontos, tendo pré-disposição leve ou moderada à depressão; e grave, acima ou igual a 11 pontos (Moraes, & Moraes, 2014).

Os demais dados foram obtidos dos instrumentos de avaliação cognitiva (Mini-Exame do Estado Mental), de capacidade funcional (Índice de Katz; e Escala de Lawton e Brody) (Brasil, 2007; Moraes, & Moraes, 2014) e de vulnerabilidade (VES-13) (Brasil, 2012).

O VES-13 é um instrumento capaz de identificar o idoso vulnerável. É composto por quatro indicadores: idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas, e incapacidades, totalizando 13 itens. De acordo com os escores, os idosos são classificados em três categorias de risco para fragilidade, sendo: idoso robusto (pontuação menor ou igual a 2); idoso pré-frágil (de 3 a 6 pontos); e idoso frágil (pontuação de 7 pontos até 10 pontos) (Brasil, 2012). A Escala de Lawton e Brody objetiva medir a incapacidade, e avaliar o nível de independência da pessoa idosa, no que se refere à realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Esta escala é composta por nove perguntas com valor máximo de 27 pontos e mínimo de 9 pontos. Quando o somatório fica entre 19 e 27 pontos, o idoso é considerado independente; capaz com assistência, quando entre 10 e 18 pontos; e quando o somatório é 9 pontos, o idoso é considerado dependente (Brasil, 2007; Moraes, & Moraes, 2014). O Índice de Katz se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos idosos para AIVD considerando-o independente quando os escores são 5 e 6; moderadamente dependente quando com 3 a 4 pontos; e muito dependente, se 2 ou menos pontos (Moraes, & Moraes, 2014). O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na quantificação do declínio cognitivo dos idosos. No teste, a pontuação máxima é de 30 pontos, sendo a nota de corte para analfabetos e com baixa escolaridade de 18 pontos; e com oito ou mais anos de escolaridade de 26 pontos (Brasil, 2007; Moraes, & Moraes, 2014). De posse das 12 fichas dos idosos com tendência à depressão, pela pontuação da GDS-15 (6 ou mais pontos), foram coletados os escores obtidos nos instrumentos de avaliação multidimensional dos idosos e dados sociodemográficos.

Esses dados foram transcritos para uma planilha do Microsoft Excel® versão 2010, permitindo sua análise. Os dados sociodemográficos foram analisados descritivamente e os escores dos instrumentos de avaliação multidimensional por meio de estatística descritiva simples, com uso da frequência relativa, seguidos da descrição dos resultados.

Os achados foram discutidos à luz dos referenciais teóricos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2007), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, e Envelhecimento (Brasil, 2010).

O estudo compôs um projeto de pesquisa maior intitulado “Gestão da Assistência à Saúde da Atenção Básica”, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, no município de Maringá, estado do Paraná, Brasil, sob o número 875.081/2014, CAAE: 37457414.6.0000.0104, e seguiu todos os preceitos preconizados.

Resultados

De um total de 117 indivíduos acima de 60 anos levantados na área em estudo, encontraram-se 12 idosos (10,25%) com predisposição à depressão, segundo GDS-15.

Sobre os dados sociodemográficos, dos 12 idosos com sintomas depressivos encontrados, nove eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Sobre a idade, houve variação de 60 a 92 anos, dos quais nove idosos estavam na faixa etária de 60 a 74 anos e três acima de 75 anos. Houve predomínio de 10 idosos com raça branca.

Com referência ao estado civil, seis idosos eram casados, quatro viúvos e dois separados. A renda familiar predominante foi de um a dois salários, com seis idosos. Sobre a escolaridade, nove idosos tinham de um a quatro anos de estudo, dois sem escolaridade, e apenas um com cinco ou mais anos de estudo.

Quanto ao número de moradores na casa, sete indivíduos moravam com apenas uma pessoa, sendo que cinco eram o cônjuge e apenas um idoso morava sozinho, e os idosos que não eram casados, acabavam por ficar sozinhos em casa na maior parte do tempo, pois moravam com os filhos, que são economicamente ativos.

Considerando-se o adoecer como possível influente para a tendência à depressão, foram levantados os agravos de saúde apresentados pelos idosos, assim como o número de medicamentos de uso contínuo utilizados por eles.

Em relação às doenças, destacou-se a presença das doenças crônicas, dos 12 idosos com sintomas depressivos, segundo a GDS-15, nove idosos possuíam hipertensão arterial, cinco deles possuíam diabetes, dois hipercolesterolemia, dois osteoporose e um Alzheimer. Apenas um idoso referiu não ter nenhum agravo de saúde. Vale ressaltar que apenas um indivíduo apontou ter diagnóstico médico de depressão.

Sobre o uso contínuo de medicamentos, sete idosos referiram fazer uso de um a quatro medicamentos, três em uso de polifarmácia, caracterizada pelo uso concomitante de mais de cinco medicamentos e apenas dois idosos não usavam nenhum medicamento.

Ressaltando-se as capacidades físicas, mentais e a vulnerabilidade dos idosos, como influentes para a tendência à depressão, foram analisadas as informações por meio de escalas para tal atividade. Os escores dos instrumentos de avaliação multidimensional dos idosos se encontram apresentados na tabela 01.

Tabela 01 – Caracterização dos idosos em relação ao grau dos sintomas depressivos e aos demais aspectos multifuncionais segundo instrumentos de avaliação

	N.º	%
DEPRESSÃO – GDS-15		
Depressão leve/moderada	9	75,0
Depressão grave	3	25,0
FUNÇÃO COGNITIVA - MEEM		
Com declínio cognitivo	4	33,3
Sem declínio cognitivo	8	66,7
VULNERABILIDADE – VES-13		
Robusto	7	58,3
Pré-frágil	3	25,3
Frágil	2	16,7
CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ABVD - KATZ		
Independente	12	100,0
Moderadamente dependente	0	0,0
Muito dependente	0	0,0
CAPACIDADE FUNCIONAL PARA AIVD – LAWTON E BRODY		
Independente	10	83,3
Capaz com auxílio	2	16,7
Dependente	0	0,0

Fonte: Instrumentos de caracterização multidimensional aplicados aos idosos, ADEFI, 2014

Legenda: GDS-15 – Escala Geriátrica de Depressão com 15 perguntas; MEEM – Mini-exame mental; VES-13 – Protocolo de Vulnerabilidade do idoso com 13 perguntas; ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária e AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Dos 12 idosos em estudo, 03 (25,0%) apresentaram escore 12 na GDS-15, classificados com tendência grave a sintomas depressivos. Os outros 09 (75,0%) idosos foram classificados com tendência leve a moderada para sintomas depressivos, com escore variando entre 6 e 9 pontos.

Quando analisada a vulnerabilidade dos idosos, observa-se que os 3 idosos (100,0%) com pré-disposição grave a sintomas de depressão apresentaram-se como idosos vulneráveis, segundo o protocolo VES-13.

De acordo com a subdivisão para categorias de risco de fragilização do protocolo supracitado, 02 dos idosos foram classificados como frágeis. Apenas 01 deles apresentou tendência à fragilização, ou seja, foi considerado pré-frágil. Os idosos classificados com tendência leve a moderada à depressão geriátrica, quando avaliados quanto à vulnerabilidade, apresentaram-se em sua maioria, como idosos robustos, ou seja, não vulneráveis, em sete dos nove idosos (77,7%). Dois idosos foram classificados como pré-frágeis (22,2%).

Segundo a Escala de Lawton e Brody, 02 idosos (66,6%) com predisposição grave a sintomas depressivos foram classificados como capaz com auxílio, ou seja, por ter sua capacidade funcional parcialmente prejudicada, o que o torna um idoso com certo grau de dependência para AIVD.

Em relação às ABVD, pelo índice de KATZ, os 03 idosos com pré-disposição a sintomas depressivos graves foram classificados como independentes. Apenas 01 deles apresentou escore 5, devido à incontinência urinária.

Dentre os 03 idosos com pré-disposição grave à depressão, 01 deles tinha mais de 90 anos de idade, vulnerável segundo o VES-13, portador de HAS e com baixa cognição, segundo o MEEM.

Dos 09 idosos com tendência leve a moderada, 02 (11,1%) apresentaram capacidade funcional prejudicada para AIVD, classificados como capazes com auxílio. Sobre as ABVD, todos os 09 idosos (100,0%) foram classificados como independentes, porém 02 idosos apresentaram incontinência urinária.

Quando verificada a cognição dos idosos, levantou-se que 04 indivíduos apresentaram alteração cognitiva (33,3%). Destes, dos idosos com predisposição grave à depressão, 02 apresentaram diminuição do estado cognitivo (66,6%), com escore 14, e outro 18, respectivamente. Na avaliação da cognição dos idosos com leve a média predisposição à depressão, 02 dos 09 idosos obtiveram baixa cognitiva (22,2%).

Destarte, em análise geral dos 12 idosos em estudo, tem-se 04 (33,3%) que não apresentaram nenhuma fragilidade, incapacidade funcional e alteração cognitiva, sendo estes todos com tendência leve a moderada à depressão, visto que os 03 idosos com tendência grave apresentaram alguma alteração funcional, cognitiva e/ou fragilidade. Este fato reforça a necessidade da avaliação de sintomas depressivos, mesmo em indivíduos assintomáticos e aparentemente saudáveis.

Discussão

A prevalência de sintomas depressivos que predisõem o idoso a ser diagnosticado com a depressão propriamente dita, vem variando de 8 a 16% nos últimos estudos (Brasil, 2010), corroborando os achados da presente pesquisa, que identificou um total de 12 idosos (10,25%) na população total estudada.

Sobre o sexo, houve predominância do feminino, coerentemente com demais achados na literatura, que apontam que as mulheres são mais predisponentes à depressão, na proporção de 2:1 (Brasil, 2007), pelo fato de viverem em média mais que os homens (Cunha, Bastos, & Duca, 2012) e procurarem mais os serviços de saúde, facilitando a notificação (Gonçalves, & Andrade, 2010).

Ainda, nesse período da vida, predominam aspectos culturais de desvalorização estética do corpo, casamentos insatisfatórios, abandono por parte de seus companheiros, o cuidado com parentes incapacitados, relações familiares abaladas, traumas, dentre outros (Rodrigues, *et al.*, 2014; Fernandes, *et al.*, 2010), apontados como agentes provocadores da depressão em mulheres idosas.

Em relação à idade, os idosos estavam entre 60 e 92 anos, com predomínio de 60 a 74 anos de idade. Observou-se que a tendência à depressão foi mais acentuada nos indivíduos que se enquadravam no início da fase idosa, com nove indivíduos, ou seja, em idosos jovens.

Uma pesquisa realizada em idosos vivendo em comunidades apresentou correlação positiva entre a idade, principalmente acima de 65 anos e a presença de sintomas depressivos (Soares, *et al.*, 2013), o que demonstrou que tais idosos, se não identificados precocemente em seu estado psíquico, podem evoluir para o diagnóstico de depressão, sendo, portanto, identificados já com maior idade.

A raça branca foi a predominante nos idosos estudados, corroborando os achados da literatura, que trazem ser a raça branca a mais acometida por quadros depressivos; no entanto, não há achados e estudos que correlacionem a raça branca com a tendência depressiva nessa faixa etária (Gonçalves, & Andrade, 2010).

Sobre o estado civil, encontrou-se que quatro idosos eram viúvos, sendo essa condição um fator de risco presente em muitos idosos investigados com depressão, pois a viuvez encontra-se associada à maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e a episódios depressivos graves, principalmente pela perda do cônjuge de longa data (Sass, Gravena, Pilger, Mathias, & Marcon, 2012).

Dois idosos eram divorciados, fato que constitui fator de risco para quadros depressivos, devido à solidão e ao isolamento social (Soares, *et al.*, 2013; Tavares, Almeida, Ferreira, Dias, & Legorari, 2014).

A associação entre a situação conjugal e os sintomas depressivos revela que indivíduos que vivem sem companheiro têm maior risco para depressão (Tavares, *et al.*, 2014).

Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos tinham poucos anos de estudo, corroborando aos demais achados, que trazem que a baixa escolaridade pode contribuir para quadros depressivos entre idosos na comunidade (Pinho, Custódio, & Makdisse, 2010). Socialmente, a baixa escolaridade pode ser fator de estresse em longo prazo, devido às dificuldades de expressar-se na sociedade letrada e de adquirir emprego, predispondo ao surgimento de agravos de humor (Soares, *et al.*, 2013). Sendo assim, a escolaridade é vista como protetora a uma tendência depressiva (Gonçalves, & Andrade, 2010; Tavares, *et al.*, 2014).

A renda familiar total dos idosos era de menos de um a dois salários mínimos, condizente com os demais estudos, que apontam que a condição socioeconômica desfavorável pode ser preditiva de quadros depressivos entre idosos na comunidade (Tavares, *et al.*, 2014), no qual a renda mensal relaciona-se diretamente ao aparecimento de sofrimento e transtornos mentais, como depressão, principalmente em idosos mais vulneráveis. Quanto menor a renda mensal, maior a quantidade e a gravidade dos casos de depressão (Soares, *et al.*, 2013).

Sobre o número de moradores na casa, a maioria dos idosos morava com apenas uma pessoa, ou com os filhos.

O fato de residir sozinho, ou com familiares que trabalham fora o dia todo, deixa o idoso em uma situação de isolamento social, favorecendo o sentimento de solidão, e de tristeza, havendo evidências de relações positivas entre a depressão e a solidão, por diversos motivos, dentre eles: não terem afazeres e não serem estimulados a fazerem algo, a falta de companhia em casa, a dificuldade de locomoção para residências de amigos e parentes, e a dificuldade de ambientes públicos preparados para a locomoção do idoso (Marchi, *et al.*, 2010; Santos, & Cortina, 2011; Soares, *et al.*, 2013).

Em relação aos agravos de saúde, levantou-se que, dos 12 idosos estudados, nove apresentavam alguma condição crônica, indo ao encontro de demais realidades nesse contexto, que trazem que idosos com doenças crônicas apresentam maior risco de depressão, em comparação àqueles que não possuem nenhuma doença crônica, podendo resultar do impacto físico e psicológico causado por doenças dessa natureza (Moraes, & Moraes, 2014).

A depressão acaba por acentuar as limitações e incapacidades das doenças crônicas e prejudica a aderência a tratamentos, afetando, desse modo, a recuperação dos pacientes, tornando premente a identificação de manifestações depressivas e de fatores predisponentes e mantenedores entre idosos (Muniz, Batistoni, & Nascimento, 2012).

Assim, a associação entre depressão e doenças crônicas e as evidências de que pessoas com depressão apresentam piores desfechos para essas doenças, é essencial que profissionais e serviços de saúde estruturem políticas e ações específicas para esse contingente populacional (Boing, *et al.*, 2012).

Sobre medicações, apenas dois idosos não faziam uso de nenhum fármaco contínuo, e três deles faziam uso de polifarmácia. A depressão no idoso com frequência é secundária ao uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, corticosteroides, antidiabéticos, entre outros (Gonçalves, & Andrade, 2010), o que se aplica a população em estudo. Esses grupos de medicamentos são apontados como precipitadores de depressão no idoso (Fernandes, Nascimento, & Costa, 2010).

Em relação aos resultados das escalas de avaliação multidimensional, tem-se que a abordagem preventiva e uma intervenção precoce em idosos são sempre preferíveis a tardias intervenções curativas.

Assim, é necessária a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão, e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros (Brasil, 2010), o que foi realizado no presente estudo.

Observou-se que, dos três idosos com pré-disposição grave à depressão, um apresentou-se como pré-frágil, e dois como frágeis, segundo o VES-13. Mesmo na fase mais precoce de pré-fragilidade, há associação com um aumento dos sintomas de sofrimento emocional e possivelmente depressão; uma vez frágil, há uma maior probabilidade de depressão clinicamente significativa (Ni Mhaoláin, *et al.*, 2012).

Dos nove idosos com sintomas moderados para tendência depressiva, dois foram considerados vulneráveis. Nesse sentido, a pré-disposição moderada a sintomas depressivos também está frequentemente associada com o risco de desenvolvimento de doença física, maior procura pelos serviços de saúde, maior consumo e medicamentos e conseqüentemente de fragilidade (Brasil, 2007), não devendo tais idosos serem negligenciados.

Nesse cenário de associação entre a tendência a sintomas depressivos e a fragilidade em idosos, estima-se que, de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos, e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade, sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos, entre eles a depressão (Brasil, 2007), corroborando os achados deste estudo, apesar do número restrito de participantes.

Dessa forma, muitos dos sintomas, conseqüências, e fatores de risco para a fragilidade são compartilhados com a depressão em idosos, dificultando o reconhecimento das síndromes, ou fazendo com que se sobreponham uma a outra, o que pode amplificar as conseqüências negativas (Collard, Comijs, Naarding, & Voshaar, 2014). Portanto, existe associação positiva entre síndrome de fragilidade e depressão, quando condições de pré-fragilidade e fragilidade estão associadas ao aumento do número de sintomas depressivos, com maior prevalência entre os vulneráveis (Tavares, *et al.*, 2014).

Estudos mostram que escores de depressão mais elevados são identificados em grupos de idosos pré-frágeis e frágeis, quando comparados a idosos sem vulnerabilidades (Ni Mhaoláin, *et al.*, 2012; Collard, *et al.*, 2014).

Estudo conduzido nos Estados Unidos constatou percentuais similares em idosos com sintomas depressivos para a condição de pré-fragilidade (52,7%) e fragilidade (26,5%), trazendo como reflexão que tanto idosos já vulneráveis, quanto os com risco à vulnerabilidade podem apresentar sintomas depressivos (Lohman, Dumenci, & Mezuk, 2014). Nesse sentido, os dados corroboram o estudo, pois os idosos que apresentaram maior tendência à depressão, concomitantemente, apresentaram maior índice de vulnerabilidade; nesses casos, a atenção dos profissionais de saúde se faz necessária para o cuidado antes do desenvolvimento de agravos, possibilitando a promoção da saúde dos idosos.

Assim, uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar; incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade (Brasil, 2007).

A avaliação da capacidade funcional evidenciou que os idosos são independentes para ABVD e AIVD. Dois idosos foram considerados como capazes com auxílio para realizar as AIVD.

Nesse sentido, tal avaliação em idosos pré-dispostos a sintomas depressivos é necessária para preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas e deve ser a meta em todos os níveis de atenção à saúde, sendo imprescindível incluir a condição funcional, ao se formularem políticas para a saúde dos idosos (Brasil, 2010).

Dessa forma, faz-se necessário atentar para a idade em que um quadro depressivo se apresenta e a presença de comorbidades associadas, pois esses fatores podem desencadear graus de dependência, que aumentam a incapacidade funcional do idoso (Carreira, Botelho, Matos, Torres, & Salci, 2011), o que reforça a ideia de promover a saúde desses indivíduos, para que não venham a se tornar dependentes, ou para que os dependentes não venham a se tornar depressivos.

Ainda que os idosos com sintomas depressivos foram avaliados como independentes pelo índice de Katz, três idosos apresentaram incontinência urinária, e a maioria dos estudos trazem que a maior frequência de dependência em ABVD é voltada a esse item.

Tal fato é preocupante, podendo ser constrangedor e levar ao isolamento social, a alterações na auto-estima e auto-imagem, podendo levar o idoso a desenvolver sintomas depressivos. A prevalência nos idosos de incontinência urinária varia de 30 a 60%, dependendo da idade e do grau de fragilidade do idoso (Barbosa, *et al.*, 2014).

Segundo a política nacional vigente para o idoso, a independência e a autonomia dessa população, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária, por trazer outras complicações, como o exemplo de transtornos de humor, e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso, e família (Brasil, 2007; Brasil, 2010).

Com referência à avaliação cognitiva, observou-se que dois idosos com pré-disposição grave a sintomas depressivos apresentaram déficit de cognição; e dois, dos nove com sintomas leves a moderados, também tiveram tal déficit. Nesse contexto, as evidências apontam que quanto mais grave a depressão, maior será o prejuízo cognitivo e funcional dos idosos (Steibel, & Almeida, 2014).

A prevalência de ocorrência de perdas cognitivas e depressão, juntas, dobram a cada cinco anos após os 70 anos e cerca de 25% dos idosos acima de 85 anos apresentam depressão juntamente com prejuízos cognitivos. Pacientes deprimidos de qualquer idade têm dificuldades na capacidade de aprendizado e no comprometimento da codificação da memória (Steibel, & Almeida, 2014), o que reforça a necessidade de avaliação de ambas as condições.

A depressão e os déficits cognitivos estão entre os principais problemas de saúde mental dos idosos, sendo muito comum que ambas as condições apareçam juntas e desencadeiem piora da qualidade de vida, queda da funcionalidade, aumento no uso de serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade (Rocha, Klein, Pasqualotti, 2014). Desse modo, deve-se direcionar a atenção para as queixas subjetivas de memória entre idosos sem demência, pois não são apenas secundárias à depressão, mas refletem o *status* cognitivo, além de expressarem, em parte uma percepção realística de declínio cognitivo (Paulo, & Yassuda, 2010).

Cumprido destacar que apenas um idoso referiu ter depressão, tendo realizado tratamento medicamentoso para esse agravo e, mesmo em tratamento, esse idoso se apresentou com pré-disposição moderada para sintomas de depressão.

Casos depressivos bem acompanhados e controlados obtêm resposta aos medicamentos, com redução significativa dos sintomas, observados através de escalas de avaliação de depressão. Contudo, a fim de sanar todos os sintomas, ainda se faz necessária a utilização de outros métodos de tratamento associados ao medicamentoso, objetivando melhora efetiva do quadro depressivo e a manutenção da qualidade de vida (Carrera, *et al.*, 2011).

De maneira geral, a atenção contínua e eficaz voltada à saúde e ao bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade, como no caso da predisposição a um quadro depressivo ou à depressão já instalada e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (Brasil, 2010).

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, tenham familiaridade com o reconhecimento dos transtornos depressivos no idoso, valendo-se de instrumentos estruturados ou escalas de depressão (Brasil, 2012), como os analisados neste estudo.

Vale ressaltar, porém, que, independentemente da escala utilizada, o diagnóstico de depressão maior deve ser confirmado pela avaliação de critérios padronizados e por avaliação médica (Brasil, 2012).

Vale ressaltar que, como limitações do estudo, tem-se o número restrito de participantes; no entanto, apesar da amostra de idosos ser de número reduzido, com $n=12$, o mesmo refere-se ao número total de idosos com sintomas depressivos em uma população total avaliada, ou seja, os idosos de uma área sem cobertura de estratégia saúde da família pertencente a uma unidade básica de saúde, o que não elimina a importância da pesquisa e sua validação.

Considerações Finais

Foi possível analisar as características multidimensionais de saúde dos idosos pré-dispostos a sintomas depressivos, por meio de escalas diversas de avaliação.

Verifica-se que os idosos com tendência a sintomas depressivos são idosos jovens, manifestam doenças crônicas e uso de medicamentos.

Em relação à avaliação multifuncional, os idosos com tendência grave à depressão apresentam maior vulnerabilidade e declínio cognitivo, e apresentaram-se como independentes para ABVD e AIVD.

Os instrumentos de avaliação das características cognitivas, psicológicas, físicas, e de vulnerabilidade são importantes, por permitirem uma visão integral e aprofundada do idoso, nem sempre perceptível na anamnese e no exame físico. Seu uso deve ser frequente na área da saúde, a fim de instrumentalizar e qualificar o cuidado e a atenção prestada, permitindo um conhecimento sobre as condições de saúde precoce e o desenvolvimento de ações mais eficazes e efetivas, especialmente no âmbito da promoção e da prevenção.

Essa temática contribui para a saúde, pois permite um processo reflexivo, com vistas a produzir dados sobre os determinantes de sintomas depressivos entre os idosos, especialmente no âmbito da comunidade e da atenção primária a saúde, favorecendo, assim, a identificação e a terapêutica precoce de casos, aumentando, com isso, a chance de uma velhice saudável para esses senescentes.

Referências

- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Barbosa L. A. R. R. (2011). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325. Recuperado em 11 maio, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>.
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Pires, R. O. M., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saúde Pública*, 46(4), 617-623. Recuperado em 05 setembro, 2015, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000400005&script=sci_arttext.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF. Recuperado em 08 fevereiro, 2015, de: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaad19.pdf>.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, DF. Recuperado em 05 fevereiro, 2015, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.
- Brasil. (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010: questionário da amostra*. Recuperado em 30 novembro, 2014, de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF. Recuperado em 08 fevereiro, 2015, de: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

- Collard, R. M., Comijs, H. C., Naarding, P., & Voshaar, R. C. (2014). Physical frailty: vulnerability of patients suffering from late-life depression. *Aging Ment Health, 18*(5), 570-580. Recuperado em 05 fevereiro, 2015, de: doi: 10.1080/13607863.2013.827628.
- Carreira, L., Botelho, M. R., Matos, P. C. B., Torres, M. M., & Salci, M. A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. Enferm. UERJ, 19*(2), 268-273. Recuperado em 11 maio, 2015, de: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>
- Cunha, R. V., Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol, 15*(2), 346-354. Recuperado em 11 maio, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/12.pdf>.
- DSM-V. (2013). American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5ª ed.).
- Feliciano, M. F. C., & Moretti, L. H. T. (2015). Depressão, suicídio e neuropsicologia: Psicoterapia cognitivo comportamental como mobilidade de reabilitação. *Portal dos psicólogos*. Recuperado em 21 março, 2015, de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>.
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., & Costa, K. N. F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev. Rene, 11*(1), 19-27. Recuperado em 25 fevereiro, 2015, de: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/343>.
- Gonçalves, V. C., & Andrade, K. L. (2010). Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís, MA). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 13*(2), 289-99. Recuperado em 21 março, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v13n2/a13v13n2.pdf>.
- IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 21 março, 2015, de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/censo10052011.shtm>.
- Lohman, M., Dumenci, L., & Mezuk, B. (2014). Sex differences in the construct overlap of frailty and depression: evidence from the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc, 62*(3), 500-505. Recuperado em 21 março, 2015, de: doi: 10.1111/jgs.12689.
- Marchi, A. C. W., Schneider, C. M., & Oliveira, L. A. (2010). Implicações sociais na velhice e a depressão. *Unoesc & Ciência, 1*(2), 149-158. Recuperado em 21 março, 2015, de: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/572>.
- Ni Mhaoláin, A. M., Fan, C. W., Romero, O. R., Cogan, L., Cunningham, C., & Kenny, R. A. (2012). Frailty, depression, and anxiety in later life. *Int Psychogeriatr, 24*(8), 1265-1274. Recuperado em 21 março, 2015, de: doi: 10.1017/S1041610211002110.
- Moraes, E. N., & Moraes, F. L. (2014). *Avaliação Multidimensional do idoso*. Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia. (4ª ed.). Belo Horizonte. MG: Folium.
- Muniz, F. H., Batistoni, S. S. T. & Nascimento, P. P. P. (2012). Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Kairós Gerontologia, 15*(7), 195-213. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6863/11353>.

Ortiz, B. R., & Wanderley, K. S. (2013). Reflexões sobre o uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), 307-316. Recuperado em 10 setembro, 2015, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18553/13741>.

Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín.*, 37(1), 23-26. Recuperado em 12 maio, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a05v37n1.pdf>.

Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2010). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 12(1), 123-140. Recuperado em 27 fevereiro, 2015, de: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_10.pdf.

Rocha, J. P., Klein, O. J., & Pasqualotti, A. (2014). Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(1), 115-128. Recuperado em 05 fevereiro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00115.pdf>.

Rodrigues, L. R., Silva, A. T. M., Dias, F. A., Ferreira, P. C. S., Silva, L. M. A, Viana, D. A., & Tavares, D. M. A. (2014). Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. *Rev. Eletr. Enf.*, 16(2), 278-285. Recuperado em 03 março, 2015, de: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a02.pdf.

Santos, L. M., & Cortina, I. (2011). Fatores que contribuem para a depressão no idoso. *Rev Enferm UNISA*, 12(2), 112-116. Recuperado em 05 setembro, 2015, de: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-2-05.pdf>.

Sass, A., Gravena, A. A. F., Pilger, C., Mathias, T. A. F., & Marcon, S. S. (2012). Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 80-85. Recuperado em 05 setembro, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100014&script=sci_arttext.

Silva, E. R., Sousa, E. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(6), 1387-1393. Recuperado em 02 março, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>.

Soares, P. F. C., Oliveira, F. B., Freitas, E. A. F., Leite, S. E., Nogueira, J. R. F., & Nobrega, A. C. (2013). Depressão em idosos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev. Enferm UFPE*, 7(9), 5453-5459. Recuperado em 03 março, 2015, de: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4734/7093.

Steibel, M. N., & Almeida, R. M. M. (2010). Estudo de caso – avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Rev. Aletheia*, 10(31), 111-120. Recuperado em 12 maio, 2015, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n31/n31a10.pdf>.

Tavares, D. M. S., Almeida, E. G., Ferreira, P. C. S., Dias, F. A., & Pegorari, M. S. (2014). Status de fragilidade entre idosos com indicativo de depressão segundo o sexo. *J. Bras. Psiquiatria*, 63(4), 347-353. Recuperado em 27 fevereiro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0347.pdf>.

Recebido em 15/02/2016

Aceito em 30/03/2016

Giselle Fernanda Previato – Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: giselle_previatto@hotmail.com

Célia Maria Gomes Labegalini - Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: celia-labegalini-@hotmail.com

Lígia Carreira - Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: ligiacarreira.uem@gmail.com

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera – Doutora em Ciências. Chefe Adjunta e professora adjunta do Departamento de Enfermagem e professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil

E-mail: vanessadenardi@hotmail.com