



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Magda Almeida Freire

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *mellitus*: ANÁLISE DOS
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

SOBRAL – CEARÁ

2019

Magda Almeida Freire

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *mellitus*: ANÁLISE DOS
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde

Orientadora: Prof^ª Dra. Eliany Nazaré Oliveira

SOBRAL-CEARÁ

2019

Magda Almeida Freire

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *mellitus*: ANÁLISE DOS
SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira.
Universidade Estadual Vale do Acaraú- (UVA)
Orientadora

Prof^o Dr. Fco. Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.
Universidade Estadual Vale do Acaraú- (UVA)
Examinador

Prof^o Dr. Paulo César de Almeida.
Universidade Estadual do Ceará- (UECE)
Examinador

A Deus que me permitiu concretizar esse sonho
A minha família pelo apoio e força transmitidos nos momentos difíceis
Ao meu esposo Sebastião Neto por acreditar nos sonhos de Deus para nossa família
A minha filha Maria Esther que me revelou o verdadeiro e puro amor
A minha orientadora Eliany Nazaré Oliveira
A todos que aceitaram participar da pesquisa

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor da minha vida e amado de minha'alma, como agradecer por tamanha bênção em minha vida. Dono tempo e fiel para cumprir suas promessas. Consolador em meio às tribulações, força necessária quando pensei em desistir. A Ti toda honra e toda glória.

Ao meu esposo, que acompanhaste todas as alegrias e dificuldades da caminhada rumo a este sonho, sempre acreditando, incentivando e apoiando. Amo-te intensamente.

A minha filha Maria Esther, inspiração diária em minha vida, presente que Deus me deu para desfrutar do amor mais puro e sincero.

Aos meus pais Maria do Socorro Almeida Freire e Francisco Rocha Freire, que desde cedo me ensinaram que devemos lutar pelos nossos sonhos e nunca devemos desistir.

A minha irmã Marcela Almeida Freire que sempre apoiou os meus sonhos e não mediu esforços para que se concretizassem.

A minha tia Antônia e minha cunhada Élide que me ofereceram apoio moral, psicológico e logístico nos momentos de orientação em Fortaleza.

A minha sogra Milene Lilian Ponte, que apoiou sem medir esforços os momentos de construção deste trabalho.

Ao meu gerente Leandro Fernandes Valente pela sua compreensão e serenidade nos momentos de ausência do serviço de saúde.

Ao sistema de saúde de Sobral por me proporcionar essa oportunidade.

Aos agentes comunitários de saúde que com muita compreensão e responsabilidade auxiliaram no processo de coleta de dados.

A professora e orientadora Eliany Nazaré Oliveira, sempre amiga, compreensiva, companheira e acessível, cuidando de todos os detalhes para realização deste sonho.

Ao professor Paulo César Almeida, pelo apoio dado na construção deste trabalho. Sua serenidade e humildade me tocaram desde o primeiro contato. És um ser humano incrível e raro.

Aos estudantes de enfermagem da UVA e de psicologia da UFC que ajudaram na coleta de dados, este apoio foi fundamental para redução do tempo em campo e conclusão deste trabalho.

A todos os professores que contribuíram para esta formação.

Aos colegas de turma pelos momentos divididos e aprendizados compartilhados.

Aos colaboradores desta pesquisa, em especial Raiara Aguiar Silva.

A todos que participaram desse projeto que virou conquista.

RESUMO

A pesquisa objetivou avaliar a presença e o nível de sintomas de depressão entre os grupos de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e os não portadores dessas patologias acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. Tratou-se de estudo com abordagem Quantitativa, do tipo Caso- Controle. Foi realizado no município de Sobral, Ceará, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família. A população foi composta por idosos acima de 60 anos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* (casos) e os não portadores dessas patologias (controles). A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2019, com 210 idosos, onde 106 fizeram parte do grupo caso e 104 do grupo controle. Foram utilizados como instrumento de coleta um formulário elaborado para caracterização do perfil sócio demográfico, clínico e comportamental e a EDG-15 (escala de depressão geriátrica versão reduzida). O estudo obedeceu a resolução 466/12 com parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú nº 3.314.367. Os dados foram processados no SPSS 20. A maioria dos idosos 37,6% apresentaram sintomas de depressão, ao passo que 33,8% apresentaram depressão leve a moderada e 3,8% depressão grave, com valor de $p < 0,005$. Quanto aos aspectos clínicos e comportamentais, as médias da EDG-15 demonstraram valores mais elevados nos casos que não praticam atividade física ($6,2 \pm 3,3$), que estão com a pressão arterial e glicemia descontroladas ($6,7 \pm 2,7$; $6,7 \pm 3,5$), que passaram por hospitalizações ($6,3 \pm 3,2$) e que participam de atividades grupais ($5,9 \pm 3,1$). Comparando os grupos caso e controle, 53,8% dos casos apresentaram sintomas de depressão, enquanto nos controles, os percentuais foram de apenas 21,2%. A chance de ter depressão entre os casos foi de 4,3 vezes mais do que os controles (IC95%: 2,3 – 7.9) ($p=0,003$). Os aspectos sociodemográficos que apresentaram significância estatística nos casos com depressão foram sexo feminino, baixa escolaridade, estado civil casado e renda familiar maior que um salário mínimo. A hipótese do estudo foi confirmada na medida que se verificou a associação da depressão com a HAS e DM, considerando que as doenças crônicas, comuns entre os idosos, diminuem a qualidade de vida e causam restrições que interferem na saúde mental dos idosos. Destaca-se a relevância de boas práticas de rastreamento por meio de instrumentos simples, de custo baixo e que são capazes de identificar os riscos e dimensões de adoecimento. A ESF desempenha papel fundamental no acompanhamento às famílias, atuando como coordenadora e ordenadora do cuidado, atuando desse modo, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Idosos, Depressão, Doenças crônicas não transmissíveis, Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aproximação com o objeto de pesquisa.....	13
1.2 Contextualização.....	14
1.3 Justificativa e Relevância.....	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 O cenário do envelhecimento da população no Brasil.....	21
3.2 Doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a saúde pública brasileira na construção de políticas eficazes.....	22
3.3 Reforma Psiquiátrica e Política de SaúdeMental.....	24
3.4 Associação das doenças crônicas não transmissíveis em idosos com as morbidades clínicas e psiquiátricas.....	26
3.4.1 Associação entre diminuição da capacidade funcional em idosos portadores de doenças crônicas e depressão.....	30
3.4.2 Como os fatores sociodemográficos, as doenças crônicas e o estresse contribuem para o adoecimento mental dos idosos.....	31
3.4.3 Potencialidades do uso das tecnologias leves e duras no tratamento de sintomas depressivos em idosos portadores de doenças crônicas.....	32
4 METODOLOGIA	35
4.1 Abordagem e Tipologia da pesquisa.....	35
4.2 Local de estudo.....	35
4.3 População e amostra.....	37
4.4 Coleta de dados.....	39
4.5 Processamento e análise de dados.....	40
4.6 Princípios Éticos.....	40
5 RESULTADOS	41
5.1 Aspectos sociodemográficos dos idosos.....	41
5.2 Análise clínicos e comportamentais dos casos.....	44
5.3 Análise dos sintomas de depressão nos idosos.....	46
5.4Análise comparativa de casos e controles e a correlação com as variáveis sociodemográficas.....	48
	56
8 CONCLUSÃO	
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A	71
APÊNDICE B	73

ANEXO 1.....	75
---------------------	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).	24
FIGURA 2: Localização do município de Sobral em relação ao Ceará	35
FIGURA 3: Distribuição geográfica dos Territórios da Estratégia Saúde da Família de Sobral-Ceará	36

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1:	Apresentação dos principais artigos que associam as doenças crônicas não transmissíveis em idosos com as morbidades clínicas e psiquiátricas nos meses de junho e julho de 2019	25
QUADRO 2:	Categorias temáticas e títulos dos estudos. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.	28
TABELA 1:	Distribuição do número de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo o grupo e as variáveis sociodemográficas, município de Sobral, Ceará, nos meses de abril a julho de 2019 (n= 210)	40
TABELA 2:	Aspectos clínicos e comportamentais dos casos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, no município de Sobral, Ceará, nos meses de maio a julho de 2019 (n= 106).	43
TABELA 3:	Distribuição do número de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo a análise dos sintomas de depressão pela EDG-15, município de Sobral, Ceará, nos meses de abril a julho de 2019 (n= 210).	45
TABELA 4:	Distribuição do número de idosos com sintomas de depressão segundo o grupo, EDG-15 e variáveis sociodemográficas no município de Sobral, Ceará, nos meses de abril a julho de 2019.	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AANS	Auto avaliação negativa de saúde
AAVD	Atividade Avançada de Vida Diária
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSF	Centro de Saúde da Família
DCBV	Doença cerebrovascular
DIC	Doenças isquêmica do coração
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
EGD-15	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins
LDL	Low Density Lipoproteins
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PENCE	Programa de Envelhecimento Cerebral
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE PESQUISA

Envelhecer é uma dádiva, uma arte, um privilégio. Somar cabelos brancos, fazer aniversário, arrancar folhas no calendário deveria ser sempre um motivo de alegria. Agradecer a vida pela oportunidade de permanecer e de ter a consciência e a capacidade de desfrutar. Cada ano é uma medalha, uma possibilidade para acumular lembranças, experiências e conviver ao lado dos que amamos, deixando nossa contribuição na vida dos que ainda estão iniciando a jornada da vida.

Os estereótipos e estigmas sobre o envelhecimento, entretanto, ainda têm força no imaginário da comunidade brasileira. Questões relacionadas aos problemas de saúde, memória ruim, solidão, preocupação financeira, menos energia, sensação de estar improdutivo e diminuição do desejo sexual são os principais motivos que levam as pessoas a perceberem o envelhecimento como algo negativo.

Durante a graduação em Enfermagem realizada na Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, nas aulas de saúde mental, percebi afinidade pelos termos relacionados à ansiedade e depressão, culminando, posteriormente, na realização de pesquisa e trabalho de conclusão de curso nessa área.

Em seguida, após o ingresso no Sistema Municipal de Saúde de Sobral como enfermeira assistencial e atualmente com nove anos de experiência na Atenção Primária à Saúde, me envolvi com grupos de promoção e educação em saúde voltada para usuários com transtornos mentais na tentativa de minimizar as consequências do descontrole no uso dos ansiolíticos e antidepressivos. Profissionais da saúde relatavam dificuldades na assistência desses usuários, tanto pela falta de tempo e alta demanda de atendimento nas unidades de saúde, como pela complexidade de muitos casos que eram encaminhados para a referência em saúde mental e passavam anos sem reavaliação, apenas renovando receitas das medicações mensalmente.

Com o novo modelo de atenção à saúde voltada para as condições crônicas adotado pelo município de Sobral, que visa uma melhor resposta às novas demandas da população, iniciamos o processo de estratificação de risco dos usuários com transtornos mentais, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM). Pude então observar, durante esse processo, o aumento do número de pessoas com doenças crônicas que estão fazendo uso

de medicações antidepressivas, principalmente os portadores de HAS e DM com idade acima de 60 anos.

Ademais, no decorrer das reuniões de equipe realizadas quinzenalmente para acompanhamento dos prontuários dos usuários diagnosticados com HAS e DM e daqueles que usavam medicações para depressão foi constatado a coexistência das enfermidades. Nas consultas de rotina, os idosos sempre enfatizavam que as preocupações excessivas com a saúde e as restrições impostas estavam diminuindo a qualidade de vida, o sono e o prazer de viver.

São escassos os estudos que fazem associação entre as doenças crônicas em idosos e o adoecimento mental, ressaltando que o modo como o usuário avalia, percebe e cuida da doença afeta sua condição emocional que, por sua vez, interfere na sua saúde e em outros aspectos gerais da vida pessoal. Portanto, a HAS e DM tornam-se um importante fator de risco para a depressão.

Compreendendo que o envelhecimento populacional é um desafio para a saúde pública, necessitamos investir nos serviços básicos de saúde que são as portas de entrada e o primeiro contato, para manter os idosos como participantes ativos na sociedade reduzindo dessa forma os investimentos em prevenção secundária e terciária, tratamentos, reabilitação e institucionalização.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A população brasileira, assim como a mundial, apresenta um rápido processo de envelhecimento e essa transição demográfica representa segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), um salto populacional de pessoas idosas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ratifica essa afirmativa. Em 2016, os indivíduos acima de 65 anos representavam 8,1% da população no Brasil e a estimativa para 2030 é de que representarão 13,4% (BRASIL, 2017).

Tais dados demonstram que, mesmo as pessoas acumulando mais anos vividos, há agravos na qualidade de vida considerando o significativo aumento das doenças crônicas que acometem as pessoas, cuja Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) estão entre as mais frequentes, principalmente durante o processo de envelhecimento. (CORDEIRO; PINHEIRO; CORREIO, 2015).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, a proporção de pessoas com HAS no Brasil é de 44,4% entre pessoas de

60 a 64 anos, 52,7% entre pessoas de 65 e 74 anos e 55% nas pessoas com mais de 75 anos. Já com relação ao diabetes, a proporção é de 14,5% entre 60 e 64 anos, 19,9% entre 65 e 74 anos e 19,6% para 75 anos ou mais (IBGE, 2014).

Nesse contexto, as doenças crônicas, principalmente a HAS e o DM, são consideradas alguns dos principais fatores de risco para a mortalidade nessa faixa etária, ocasionando prejuízo à qualidade de vida, fato que muitas vezes retira o valor da longevidade conquistada (ESPERANDIO *et al*, 2013).

É relevante destacar que as enfermidades do aparelho circulatório estão entre as doenças crônicas não transmissíveis que respondem por aproximadamente 52% dos casos de morte em indivíduos com menos de 70 anos (WHO, 2014). Ainda que no Brasil as Doenças Cardiovasculares (DCV) tenham mostrado um declínio de 46% entre os anos 1991 a 2010, de acordo com as taxas de mortalidade ajustadas, elas ainda representam a maior parcela dos óbitos no país: no ano de 2015, 111.863 óbitos foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2017).

As DCV que mais se destacam em relação à prevalência são as Doenças Isquêmicas do coração (DIC) e as Doenças Cerebrovasculares (DCBV). No Brasil, as DIC saltaram de 79.427 óbitos em 2001 para 110.993 em 2015 e as DCBV de 86.471 óbitos em 2001 para 99.728 em 2015 (BRASIL, 2017).

De acordo com Tocci *et al* (2015), dentre os fatores de risco para as DCV, destacam-se o tabagismo, níveis elevados de colesterol Low Density Lipoproteins ou proteínas de baixa densidade (LDL), baixos de High Density Lipoproteins ou proteínas de alta densidade (HDL), DM, HAS, história familiar, obesidade, sedentarismo, síndrome metabólica e ingestão de álcool.

Além das doenças crônicas, HAS e DM, citadas anteriormente como as mais frequentes, diversos transtornos afetam a saúde dos idosos e, dentre estes, a depressão merece destaque, uma vez que vem apresentando prevalência crescente na sociedade levando a consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Estima-se que 48,9% da população idosa no Brasil sofrem de mais de uma doença crônica e, destas, a depressão alcança o número de 9,2% do total, realidade que se agrava devido à multiplicidade de manifestações, conceituação e difícil diagnóstico (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013).

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor e, quando acomete os idosos, por muitas vezes é negligenciada pelos profissionais da saúde por entenderem que os sinais e

sintomas depressivos seriam manifestações normais da senescência. Contudo, tais sintomas podem acarretar perda de autonomia e agravamento de morbidades prévias (NOBREGA *et al.*, 2015). No idoso com depressão percebe-se redução significativa da qualidade de vida, o que confere importância ao diagnóstico e tratamento deste distúrbio (FRADE *et al.*, 2015).

Dentre as principais condições de risco implicadas no processo dessa enfermidade destacam-se: maior faixa etária, sexo feminino, estado marital, baixa escolaridade, restrições socioeconômicas, atribuições de personalidade, inadequações da moradia, distúrbios do sono, déficit no suporte social, eventos de vida estressores, quadro psiquiátrico prévio, declínio cognitivo, restrições funcionais e morbidades, sejam elas crônicas ou agudas (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Há evidências de que pacientes diagnosticados com doenças crônicas têm maior probabilidade de apresentar formas patológicas de estresse, ansiedade e depressão. Estudos apontam que esses indivíduos, ao serem expostos a situações adversas, apresentariam dificuldades na condução da doença, comprometendo a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. De acordo com Malachias *et al.* (2016), a HAS apresenta alta morbidade e mortalidade com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce.

Segundo Siddiqui (2013), também podemos observar clara associação entre diabetes *mellitus* e depressão. Dados epidemiológicos demonstram que pelo menos 30% dos diabéticos sofrem de depressão, sendo que a probabilidade destes desenvolverem a doença é cerca de duas vezes superior, comparativamente com a população geral. Segundo o referido autor, estudos concluíram que a depressão, podendo ser uma consequência da diabetes, pode também ser um fator de risco. Ademais, a detecção precoce de depressão parece ser necessária para um controle glicêmico adequado e prevenção de complicações metabólicas (HERMANNNS *et al.*, 2013).

Considerando que o cuidado em saúde abrange não somente fatores biológicos do indivíduo, mas principalmente aspectos biopsicossociais, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se encontra em posição privilegiada no cuidado à pessoa idosa por ser considerada a coordenadora do cuidado e atuar direto com a comunidade. A territorialização e o acolhimento propiciam o estabelecimento de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias adscritas e profissionais/equipes, importantes para a continuidade e para a resolutividade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado e a relação custo/efetividade (GARUZI *et al.*, 2014).

O trabalho sistêmico, tendo a ESF como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, visa atender as demandas de saúde mental dos usuários e de suas famílias, partindo de uma concepção ampliada da complexidade do cuidado em saúde, focado em aspectos relacionados à qualidade de vida e acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção de uma vida saudável. Assim, o caráter intersetorial do trabalho em rede – com a participação da educação, habitação, saúde, lazer e trabalho – ganha relevância na organização e gestão do trabalho em saúde com vistas a avançar nos princípios de integralidade, universalidade e descentralização das ações em saúde (ESLABÃO, 2017).

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção prioritário para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o alcance do envelhecimento ativo da população, especialmente tendo como público-alvo a pessoa idosa (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

As RAS com foco na APS, bem como a equipe de profissionais são desafiadas a colocar a saúde do idoso nas agendas de ações, pois a identificação do risco e a integralidade da atenção é de suma importância de modo que, uma vez identificado o risco, prioriza-se a reabilitação precoce, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade do idoso, redirecionando o foco da atenção para a saúde e não mais para a doença (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Indícios importantes da associação das doenças crônicas não transmissíveis com a depressão são percebidos ao longo do tempo. Na população idosa, existem muitas condições que frequentemente podem estar associadas a fatores biológicos, psicológicos e ou sociais (LESMAN-LEEGTE *et al.*, 2009). Há evidências científicas que sugerem a associação tanto para os sintomas quanto para o diagnóstico de depressão em idosos com doenças crônicas, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis (WILSON *et al.*, 2004).

Diversos estudos conduzidos mundialmente observaram que dentre as DCNT, a HAS e DM se caracterizam como importantes fatores de risco para desenvolvimento de depressão por ocasionar limitações na vida diária.

Um estudo realizado na Finlândia permitiu identificar que pacientes com diagnóstico de DM tinham maior prevalência de sintomas depressivos quando comparados a pacientes com níveis glicêmicos normais ou com tolerância diminuída à glicose ou ainda a indivíduos que não reportaram a doença (MÄNTYSELKÄ *et al.*, 2010).

No Brasil, alguns estudos que investigam a associação entre sintomas de depressão e DCNT em idosos tiveram como resultado maior prevalência de sintomas de depressão em idosos que tinham uma ou mais DCNT do que aqueles livres das doenças. As causas são multifatoriais e o idoso pode ainda sofrer influências sociais, culturais e demográficas que poderão ser determinantes na presença de sintomas depressivos (LOPES; BOTTINO, 2000; CHODOSH *et al.*, 2010).

Simonsick *et al.*, (1995) sugerem que a depressão em pessoas com hipertensão está associada ao declínio da saúde. Todavia, não se pode determinar se os sintomas depressivos constituem-se em potenciais causas ou consequências das complicações. Em uma pesquisa com pacientes portadores de HAS acompanhados pela Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás, no Brasil, com idade entre 18 e 70 anos, 20% destes apresentaram os critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo maior em relação ao grupo controle, ocorrendo maior prevalência de sintomas associados em mulheres e com idade superior a 52 anos (AMARAL *et al.*, 2007).

A qualidade de vida também está diretamente associada com a presença de doenças crônicas. Pessoas com polipatologias possuem menor qualidade de vida, num nítido efeito dose-resposta, podendo apresentar limitações, como de mobilidade, alimentação, atividade física e na realização de atividades cotidianas na vida pessoal, social ou no trabalho. Os problemas e implicações inerentes dessas restrições podem levar a transtornos de humor e depressão (WANG *et al.*, 2008).

A presença de depressão piora diversos fatores relacionados à saúde em pacientes clínicos. Estudos recentes descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças crônicas (COOPER *et al.*, 2002; UNÜTZER *et al.*, 2002). Pacientes com doenças clínicas e depressão têm maior risco de não aderirem às recomendações dos profissionais e saúde (DIMATTEO *et al.*, 2000). Depressão e ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis (KATON *et al.*, 2001). A presença do diagnóstico de depressão maior ou transtorno bipolar triplica os custos sanitários (KUPFER; FRANK, 2003). A presença de morbidades clínicas com transtornos depressivo-ansiosos aumenta mais dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas (KESSLER *et al.*, 2001).

Segundo Chisholm *et al.*, (2003), o custo médico em serviços primários é maior na morbidade entre depressão e doenças crônicas, apesar deste aumento não ser devido exclusivamente à presença do quadro depressivo. Por outro lado, o tratamento bem sucedido

da depressão nos pacientes deprimidos de alto custo diminui dias de incapacitação (VON KORFF *et al.*, 1992).

A ESF é fundamental para o cuidado às pessoas com HAS e DM. Entretanto, a atenção a estas condições crônicas ainda representa um desafio, tendo em vista que a ESF precisa superar o cuidado centrado às condições agudas e qualificar a atenção às condições crônicas, de maneira resolutiva e integral, possibilitando o vínculo e a responsabilização dos usuários.

Os idosos na comunidade utilizam os serviços de saúde da APS, em especial, para atendimento voltado ao controle destas doenças e, muitas vezes, apresentam sintomas depressivos que têm potenciais para comprometer mais ainda sua saúde. Por isso, é necessário que os profissionais da saúde valorizem os sintomas depressivos nos idosos que já convivem com doenças crônicas, não subjugando e encarando os sinais de depressão somente como consequência da senescência.

A escassez de estudos acerca da presença dos sintomas depressivos no grupo de idosos com HAS e DM justifica a realização do presente trabalho, além dos dados epidemiológicos expostos acima, os quais evidenciam a associação entre as doenças crônicas e a depressão. Por isso, é necessário aprofundamento sobre a temática a fim de identificar precocemente os sinais e sintomas depressivos nos idosos com a finalidade de prevenir a instalação da depressão e a dependência das medicações de uso contínuo.

O estudo torna-se relevante tendo em vista que, mesmo com essas evidências, ainda são necessários estudos que analisem a presença da depressão, sobretudo na população idosa que já convive com alguma condição de morbidade e frequenta os serviços de saúde. Espera-se, com ele, contribuir para o empenho das equipes de saúde em desenvolver uma escuta diferenciada ao sofrimento psíquico e um manejo sensível e competente de ambas as condições.

Diante do exposto surge a seguinte hipótese:

- Os idosos portadores de HAS e DM são mais acometidos por sintomas depressivos comparados aos idosos não portadores dessas patologias.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

▪ Avaliar a presença e o nível de sintomas depressivos entre os grupos de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e os não portadores acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, Ceará.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos acompanhados pela ESF.
- Verificar a existência de associação entre os sintomas depressivos com os dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos dos idosos acompanhados pela ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NO BRASIL

Uma das maiores conquistas da humanidade consistiu na ampliação do tempo de vida, porém o aumento da expectativa de vida da população não é o suficiente isoladamente. Viver mais é importante desde que se consiga somar qualidade aos anos adicionais de vida. O aumento quantitativo de idosos é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo de forma contínua e que está entre os maiores feitos almejados pela sociedade no século XXI. Anteriormente era percebido apenas nos países desenvolvidos e atualmente registrado nos países em desenvolvimento (CLEGG *et al.*, 2013).

A OMS projeta que o grupo de idosos corresponderá a 15% da população brasileira até o ano de 2020. Em 2025, enquanto a população total deverá ter crescido apenas cinco vezes, a população idosa terá aumentado até quinze vezes mais, posicionando o Brasil no sexto lugar no ranking dos países com maior número de “pessoas com cabelos brancos” (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2014).

O histograma dos grupos etários da população passa de um formato de pirâmide em 1950, para um formato retangular em 2060 (UNITED NATIONS, 2015). Neste contexto, o perfil demográfico nos anos de 1950 é consideravelmente diferente do observado atualmente, onde ocorre o crescimento do número de família sem filhos ou com filho único, diminuição do ritmo de crescimento populacional, aumento da esperança de vida nas idades avançadas, redução da força de trabalho e envelhecimento (CAMARANO, 2013).

Comparando aos dados do Brasil com outras regiões do mundo de outros países, constata-se que o envelhecimento populacional aqui ocorre numa velocidade muito maior que a dos países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. No entanto, há grandes diferenças do Brasil em relação à realidade europeia: lá o grupo que mais cresce tem

mais de 80 anos. Aqui, a faixa de 60 a 69 anos é a que aumenta mais rapidamente. Na Europa, a longevidade é atribuída às confortáveis condições de vida e de bem estar social e de saúde. No Brasil, elas têm a ver também com as melhorias nas condições sanitárias e de vida, com as novas tecnologias de tratamento médico, porém, se devem principalmente à queda também acelerada nas taxas de fecundidade e de natalidade (MINAYO, 2004).

Infelizmente, o país não tem conseguido dar uma velhice tranquila aos seus cidadãos: boa parte dos idosos sofre muitos e profundos problemas sociais, como evidenciam os indicadores sociais do IBGE (2003) para 2002: 43% dos que têm 60 anos ou mais têm renda per capita abaixo de um salário mínimo. E 4.870.336 deles (30,4%) continuam a trabalhar, seja para se manter seja para auxiliar a subsistência de sua família (MINAYO, 2004).

Vale salientar que, no Brasil, a preocupação com os aspectos demográficos do envelhecimento de sua população é relativamente recente. Desse modo, nota-se que veio após o impacto sobre os gastos governamentais com a saúde e previdência que aumentaram com o envelhecimento populacional, o qual gerou estudos científicos sobre o tema que buscam soluções para esta faixa populacional que demanda cuidados de longa duração, recai sempre sobre a família (CAMARANO, 2008).

O conhecimento do processo de envelhecimento e a consciência de suas implicações para a vida do indivíduo e da sociedade se tornam atribuições fundamentais para a implantação de medidas de promoção da saúde do idoso. Contudo, devem-se observar e avaliar os aspectos pertinentes à qualidade de vida do idoso, observando a possibilidade e limitação de cada plano individual e social (AMTHAUER; FALK, 2014).

Dessa forma, fica evidente a necessidade que municípios e estados planejem e qualifiquem as ações em saúde e em trabalhadores da saúde para acolher e atender toda essa parcela da população, principalmente na APS, cujo aumento da demanda está cada vez maior e ainda com tendências de aumento para os próximos anos.

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: um desafio para a saúde pública brasileira na construção de políticas eficazes

As DCNTs são ocasionadas por múltiplos fatores que representam um sério problema de saúde pública. Ocasionalmente ocasionam um forte impacto na vida das pessoas e por isso configuram-se como um grande desafio para os profissionais e gestores da saúde, visto que apresentam alta morbidade e mortalidade.

São consideradas um dos maiores problemas de saúde pública na população da terceira idade, sendo caracterizadas por possuir etiologia incerta, com maior destaque para as doenças cardiovasculares, como a HAS, além de DM, câncer e doenças respiratórias crônicas (GRITTI *et al.*, 2015)

Este cenário de predomínio das DCNT está relacionado à transição epidemiológica e demográfica vivenciadas pelo país e seus impactos econômicos, sociais, culturais e ambientais, quem ocasionam profundas modificações nos padrões de saúde e doença (MALTA *et al.*, 2006). Neste contexto, o Brasil vem estruturando políticas e programas de enfrentamento das DCNT, com enfoques na vigilância, prevenção, controle e cuidado.

Destacamos o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que vem de maneira contínua e crescente viabilizando o acesso à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Assim, o SUS dispõe de capacidade técnica para analisar a situação das DCNT, interpretar suas tendências, planejar e implantar ações para seu enfrentamento (BRASIL, 1990; DUNCAN *et al.*, 2012).

Posteriormente, em 1994, tivemos a implantação do Saúde da Família pelo Ministério da Saúde como um programa e posteriormente, em 1997, como estratégia de reorganização do modelo assistencial. Caracteriza-se como um conjunto de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde focado no acompanhamento da família do território adscrito a partir do trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2012). Dessa maneira, as concepções de acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e ordenação das redes atenção inerentes da ESF constituem-se com base fundamental para o enfrentamento das DCNT (WHO, 2008).

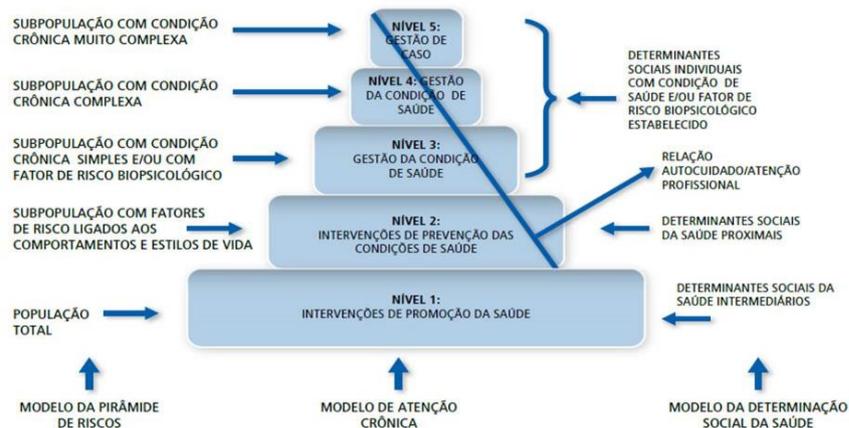
Com as mudanças no cenário epidemiológico brasileiro, cujo ocorre uma queda relativa das condições agudas e o aumento relativo das condições crônicas, foi proposta a criação de um novo modelo que atendesse as necessidades de saúde direcionadas às doenças crônicas. As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fizeram com que Mendes (2012) propusesse um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

O MACC relaciona as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias. Dividindo-se em: nível 1: intervenções de promoção da saúde; nível 2: intervenções de prevenção das

condições de saúde; nível 3: gestão da condição de saúde; nível 4: gestão da condição de saúde e nível 5: gestão de caso (MENDES, 2012).

Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros e estão unidos por um circuito interativo de retroalimentação. Dessa forma, a implantação do MACC deverá envolver um plano estratégico que articule intervenções de forma coordenada. Assim, no nível 1 do MACC, as intervenções se darão no território em que vivem as famílias adscritas a uma equipe da ESF; nos níveis 2, 3, 4 e 5, o foco das intervenções estará nas microrrelações clínicas entre uma equipe da ESF e as pessoas usuárias e suas famílias, a ela adscritas, ou seja, no microsistema clínico (MENDES, 2012).

FIGURA 1: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



FONTE: MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No âmbito de saúde mental diversas transições ocorreram impulsionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de aprimorar o modelo assistencial em saúde mental e reconstruir o estatuto social da loucura. Evidencia-se com isso, um novo olhar para o usuário de saúde mental, o resgate da cidadania e a reconstrução de novos modelos teórico-práticos com base no processo de desinstitucionalização (RODRIGUES; DESCHAMPS, 2016).

O sistema psiquiátrico arcaico, era baseado essencialmente em grande número de hospitais com baixa qualidade de cuidados prestados e ocorrência frequente de violações dos direitos humanos. Tal fato levou a necessidade urgente do desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental no Brasil, no final dos anos 1970. Uma reforma dos serviços de saúde mental era absolutamente indispensável (ALMEIDA, 2019).

O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do SUS, à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira. A participação de todos os setores da sociedade foi outra característica importante da reforma brasileira. Houve conferências nacionais de saúde mental com milhares de participantes, incluindo profissionais, usuários e famílias, que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da política de saúde mental (ALMEIDA, 2019).

Com o objetivo de responder às violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época e como proposta substitutiva ao modelo manicomial, promovendo o processo de desinstitucionalização, acontece em março de 1987, a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo. Nesta época outros serviços de saúde mental surgiram e foram contribuindo com o movimento social. Em 1989, partindo da experiência de Santos e com a criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), que foram inspirados na experiência de Trieste, Itália, foi proposto a organização de um modelo assistencial, substitutivo, baseado na concepção de território, cuidado, acolhimento e inclusão (RODRIGUES; DESCHAMPS, 2016).

Em 2001, a OMS publicou o Relatório Mundial da Saúde sobre as condições em que se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. A Organização fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Em 2008, lançou o programa Mental Health Gap Action Programme (mhGAP – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental). Nele, incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda (WHO, 2008).

Oferecer cuidado em saúde mental na APS é garantir que o princípio da integralidade, diretriz da APS e do SUS, seja cumprido. Isso impõe que a APS esteja preparada para garantir o acesso ao cuidado ao portador de sofrimento psíquico pertencente ao seu território (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Um fator importante para que a APS possa atender os portadores de sofrimento mental é a qualificação dos profissionais. Os mesmos relatam sentimentos ligados à impotência, angústia e despreparo frente à execução de cuidados em saúde mental. Neste contexto, é reduzida a autonomia dos membros da equipe, comprometendo a resolutividade na Estratégia da Saúde da Família (HANLON *et al.*, 2016).

No que se refere à estrutura de serviços em redes, no desenho da Reorientação da Rede de Atenção Psicossocial proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, a composição organizativa trazia os CAPS como elemento central e articulador das ações (Brasil, 2004). Em

2011, o MS propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde a partir de ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Desse desenho atual, apreende-se que, com o CAPS como equipamento articulador central, as necessidades e demandas dos usuários são norteadoras de ações territoriais que servem de suporte para um plano integrado de cuidados em saúde. Paulatinamente, foi se promovendo um deslocamento proposto no plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a partir das estratégias de saúde da família. Já no que se refere à atenção e à produção do cuidado em saúde mental, essa organização do trabalho em rede tem o intuito de potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na atenção básica, permitindo trocas de saberes entre os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

3.4 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS E MORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS: uma revisão integrativa

Com o objetivo de justificar a relevância do nosso estudo e reunir os achados mais recentes sobre o tema, realizamos uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com produções indexadas nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline e BDENF, cruzando os descritores “Doenças Crônicas” e “Depressão” e utilizando o operador booleano *and*, sendo encontradas 10.661 produções nos últimos 10 anos. Refinando a pesquisa utilizando os critérios de inclusão: limite “Idosos”, o idioma “Português”, tipo de estudo “Artigo” e o período de 2009 a 2019, a consulta resultou em 33 estudos. Realizou-se a leitura do título e do resumo das 33 publicações, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos. Após essa etapa, restaram 10 artigos que foram lidos na íntegra e sumarizados no instrumento para coleta de dados. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva dos artigos abrangendo os seguintes itens: periódico no qual publicado, título, ano de publicação, objetivos e principais resultados da pesquisa. Estes estão presentes no Quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação dos principais artigos que associam as doenças crônicas não transmissíveis em idosos com as morbidades clínicas e psiquiátricas nos meses de junho e julho de 2019.

Periódico	Título	Ano	Objetivos	Principais Resultados
Revista Saúde Pública	WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos.	2019	Examinar os dados de normatização do WHODAS 2.0-BO (instrumento que avalia a incapacidade para atividades e participação em idosos) e sua distribuição de acordo com sexo, idade, percepção subjetiva de saúde, desempenho em teste de mobilidade e presença de doenças crônicas e depressão.	Observou-se um escore de 12 pontos no percentil 90 em uma escala de zero a 40, o que sugere incapacidade grave. O escore do WHODAS 2.0-BO aumentou com o avançar da idade, bem como na presença de comorbidades, de percepção subjetiva de saúde ruim, de depressão, de hipertensão arterial, de dificuldade para enxergar e escutar e de alteração da mobilidade.
ABCS health sci	Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde.	2018	Verificar a associação de indicadores sociodemográficos, de saúde e funcionalidade com a autoavaliação negativa da saúde (AANS) em idosos.	A auto avaliação negativa de saúde (AANS) está associada a fatores sociodemográficos, de saúde e funcionalidade, indicando as doenças crônicas (principalmente a depressão) como maior razão de chances para ocorrência de uma auto avaliação negativa da saúde, ao passo que a AANS é considerada fator de risco para desenvolvimento de depressão.
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Uso de jogo digital terapêutico em idosos em tratamento dialítico: aspectos cognitivos e sintomas depressivos	2018	Avaliar a presença de sintomas depressivos e alterações cognitivas antes e após um programa de intervenção com um jogo digital terapêutico em idosos em hemodiálise.	Com relação aos sintomas depressivos a média pré-intervenção foi de 3,9 ($\pm 3,0$) e pós-intervenção foi de 2,8 ($\pm 2,9$), apresentando diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$). Houve diferença estatisticamente significativa na média dos escores dos sintomas depressivos, sendo menor após a intervenção.
Revista Kairós	Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil.	2018	Analisar a função cognitiva e a ocorrência de sintomas depressivos em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil.	Quase um terço da amostra apresentava sintomas indicativos de Depressão após aplicação da EDG15 e observou-se que 66,2% faziam uso de polifarmácia, pois eram portadores de DCNT, sendo 62,6% HAS e 19,2% DM.
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil.	2017	Descrever características sociodemográficas, familiares, situação de saúde, depressão e grau de capacidade funcional em idosos institucionalizados em 11 instituições de longa permanência para Idosos, na região do Litoral Norte do	A grande maioria (95%) relatou ter de duas a três doenças crônicas e fazer uso diário de três ou mais medicamentos. Apesar de 55% apresentarem sintomas depressivos e morbidades, os idosos apresentaram valores compatíveis com

			Rio Grande do Sul, Brasil.	independência funcional de acordo com o índice de Barthel e classificaram sua saúde como boa.
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos	2017	Investigar a associação das doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos com sintomas de depressão em idosos.	Aproximadamente 81% referiram ao menos uma doença crônica não transmissível. Os sintomas depressivos foram associados com sexo feminino, doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. Os achados mais importantes relacionados às doenças crônicas são as associações independentes, nas quais idosos que referiram doença coronariana, AVC e insuficiência cardíaca tiveram uma prevalência de depressão 1,94, 1,40 e 1,33 vezes maior.
Revista RENE	Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio	2014	Avaliar o nível de estresse dos idosos assistidos pela Atenção Primária à Saúde do município de Piumhi, no Centro-Oeste de Minas Gerais.	Em relação às DCNT verificou-se a presença em 81,3% dos idosos com problemas cardíacos. A depressão foi referida por 29,7% idosos. Os idosos apresentaram, no geral, um bom estado físico e mental. Identificou-se um baixo índice de estresse nos idosos participantes da pesquisa. Nos idosos portadores de doenças crônicas o nível de estresse foi maior.
<u>Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica</u>	Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria.	2013	Avaliar a capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos portadores de múltiplas comorbidades assistidos em um Ambulatório de Geriatria.	Constatou-se elevado grau de alterações em nível da funcionalidade, o que é indicativo de que os idosos portadores de múltiplas comorbidades exigem uma avaliação mais abrangente, em vista de prevenir perdas e preservar a qualidade de vida. 32% da amostra apresentou sintomas depressivos.
Revista da Escola de Enfermagem da USP	Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico	2010	Verificar a efetividade do Toque Terapêutico na diminuição da intensidade da dor, escores de auto-avaliação de depressão e melhora da qualidade do sono	A análise dos dados demonstrou diminuição significativa ($p < 0,05$) na intensidade da dor, dos escores de auto-avaliação de depressão e do índice de qualidade do sono. Conclui-se que o Toque Terapêutico foi efetivo na diminuição da intensidade da dor, nas atitudes e nos sintomas depressivos e na melhora da qualidade do sono.

Revista Ciência e Saúde Coletiva	Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil)	2010	Avaliar a capacidade funcional e identificar os fatores associados à dependência para as atividades de vida diária (AVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) e descrever o perfil socioeconômico, demográfico e de saúde de idosos.	A amostra foi composta por 388 idosos. 70,9% referiram doenças crônicas. Verificou-se que 34,8% necessitavam de ajuda em uma ou mais AVD e 60,6% nas AIVD. Os fatores mais frequentemente associados a essa dependência em ambas as atividades foram: equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão, déficit cognitivo e idade \geq 80 anos. Esses resultados denotam que os idosos estão vivenciando envelhecimento caracterizado por comorbidades e dependência para realizar as atividades diárias.
---	---	------	---	---

Fonte: Scielo, Bdenf, Lilacs, Medline

Tratando-se do quesito ano de publicação, do total de 10 artigos, constatou-se que dois foram publicados no ano de 2010, dois nos anos de 2013 e 2014 e dois no ano de 2017. A maior concentração de artigos ocorreu no ano de 2018 com 30% e um foi publicado no corrente ano, no mês de janeiro.

No que concerne à região que se concentram as produções desta revisão, apresenta-se a região Sudeste como cenário de sete estudos, seguida da região Sul com dois. A região Centro-Oeste foi citada em apenas uma pesquisa durante o estudo de revisão.

Ao explorar o periódico de publicação, dois estudos foram publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, sendo um na Revista de Saúde Pública, assim como nas revistas Ciência e Saúde Coletiva, RENE, Kairós, Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e da Escola de Enfermagem da USP, além do Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Quanto à metodologia empregada nestes estudos, dez dispôs-se da abordagem quantitativa, sendo sete estudos transversais, dos quais sete utilizaram a escala de depressão geriátrica como instrumento de coleta de dados.

Pela análise e interpretação dos resultados, emergiram três categorias temáticas: Associação entre diminuição da capacidade funcional em idosos portadores de doenças crônicas e depressão, como os fatores sociodemográficos, as doenças crônicas e o estresse contribuem para o adoecimento mental dos idosos e Potencialidades do uso das tecnologias leves e duras no tratamento de sintomas depressivos em idosos portadores de doenças crônicas. O Quadro 2 apresenta as categorias temáticas e os correspondentes títulos dos estudos.

Quadro 2- Categorias temáticas e títulos dos estudos. Sobral, Ceará, Brasil, 2019.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	TÍTULOS DOS ESTUDOS
Associação entre diminuição da capacidade funcional em idosos portadores de doenças crônicas e depressão.	<ul style="list-style-type: none"> ● WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos. ● Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. ● Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. ● Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil).
Como os fatores sociodemográficos, as doenças crônicas e o estresse contribuem para o adoecimento mental dos idosos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil. ● Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos ● Avaliação do índice de estresse em idosos residentes em domicílio ● Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde.
Potencialidades do uso das tecnologias leves no tratamento de sintomas depressivos em idosos portadores de doenças crônicas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Uso de jogo digital terapêutico em idosos em tratamento dialítico: aspectos cognitivos e sintomas depressivos; ● Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico

Fonte: própria autora

3.4.1 ASSOCIAÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS COM AS MORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS.

Apesar do lançamento da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa ter ocorrido no ano de 2006, constatou-se um salto de pesquisas relacionadas ao tema apenas no ano de 2017, com pico máximo em 2018, evidenciando que existe uma preocupação constante com as

consequências da inversão da pirâmide etária e que o SUS deve estar preparado para os cuidados com as condições crônicas de saúde.

Os dados encontrados sobre a distribuição dos artigos por locais de pesquisa corroboram com a pesquisa de Ravelli *et al.*, (2009), o qual mostra que as regiões Sul e Sudeste também lideram em pesquisas sobre a temática de envelhecimento, não necessariamente nesta ordem. Logo se percebe que há necessidade de maior produtividade de pesquisas sobre o referido assunto nas demais regiões do país.

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi o instrumento mais utilizado nos estudos analisados, tanto na versão de 30 itens (um artigo), como de 15 itens (seis artigos). Desenvolvida por Yesavage *et al.* (1983), é um dos instrumentos mais frequentemente aplicados por incluir uma pequena variação das respostas (sim/não), não necessitar de um profissional da área da saúde mental para sua aplicação e poder ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Sua versão original com 30 itens vem cedendo espaço para a versão curta de 15 itens por reduzir significativamente o tempo gasto na aplicação e por ser confiável e válida entre idosos em diversas situações.

A seguir, apresentam-se as categorias temáticas resultantes da análise e interpretação dos resultados destes artigos.

3.4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS E DEPRESSÃO.

A capacidade funcional é um indicador de saúde e de bem estar em idosos. Significa a possibilidade de o idoso cuidar de si mesmo, planejando e realizando suas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) necessárias e suficientes para uma vida com autonomia e independência (SILVA; FERREIRA, 2014).

Analisando três artigos que compõem essa categoria, concluiu-se que as mulheres e os idosos com maior idade e com menos escolaridade eram maioria nas pesquisas realizadas e apresentaram diminuição da capacidade funcional. A frequência dos sintomas depressivos foi maior entre os idosos com dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Tal fato pode estar relacionado à presença de multimorbidades clínicas e psiquiátricas, considerando que mais da metade dos idosos apresentavam duas ou mais doenças crônicas.

Para Tavares *et al.*, (2016), a associação da longevidade com as DCNT, pode impedir os idosos de desempenhar suas tarefas de forma independente, afetando a capacidade

funcional. A soma desses fatores com as condições sociais precárias e o prejuízo cognitivo acarreta, conseqüentemente, o aparecimento da depressão que se constitui em um sério problema de saúde pública por estar entre as DCNT mais frequentes e que eleva a probabilidade de desenvolvimento de incapacidade funcional (GRAEFF, 2014).

O comprometimento funcional é um importante fator de risco para a depressão, haja vista que esta afeta a funcionalidade do idoso tornando-se uma das principais causas de anos vividos com incapacidade por conduzir à perda da independência e também perda da autonomia ((FRANK; RODRIGUES, 2016; BRETANHA *et al.*, 2015). Idosos sem depressão tem melhor percepção de envelhecimento bem-sucedido (JESTE, *et al.*, 2013).

Apenas um estudo demonstrou que apesar da maioria dos idosos serem independentes funcionais, 53 % apresentavam níveis moderados de depressão. Destarte, outros fatores como dor crônica, diminuição do contato social, dificuldade de comunicação e histórico de depressão poderiam justificar tal acontecimento (TIONG *et al.*, 2013).

3.4.3 COMO OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, AS DOENÇAS CRÔNICAS E O ESTRESSE CONTRIBUEM PARA O ADOECIMENTO MENTAL DOS IDOSOS

Com relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos estudos observou prevalências elevadas de sintomas depressivos nas mulheres e nos idosos com maior idade, entre aqueles que não viviam com companheiro, nos menos escolarizados, com menor renda, que apresentaram comorbidades clínicas e psiquiátricas e que pior autoavaliaram a sua situação de saúde.

Estudos de gênero que incluem transtornos mentais apontam que as mulheres são mais suscetíveis à depressão, em virtude de fatores sociais, psicológicos e biológicos como: isolamento social, privação de relações familiares, sobrecarga de funções da mulher – principalmente por questões familiares – e privação de estrogênio (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Ademais, é reconhecido que a baixa escolaridade e o analfabetismo aparecem mais associados com sintomas depressivos corroborando com o estudo de Gonçalves *et al.* (2018) que verificou uma relação similar com a ocorrência do desfecho, isto é, quanto menor escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de depressão. Stopa *et al.* (2015) relatam que a escolaridade e a pobreza podem ser um determinante dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como baixa qualidade de vida e de moradia, desemprego, moradia e alimentação inadequada.

Os estudos demonstraram que a presença de doenças crônicas entre os idosos pode apresentar associação direta com um estado depressivo desses indivíduos, fato este que impacta na autoavaliação negativa da saúde entre os mesmos. Belém *et al* (2016), em um estudo transversal de base domiciliar delineado para avaliar fatores associados a autoavaliação negativa da saúde em indivíduos cadastrados nas ESF do Estado da Paraíba, encontraram associação positiva entre doenças crônicas, sentimento depressivo e autoavaliação negativa do estado de saúde em idosos.

Segundo Borim *et al.* (2014), a prevalência de doenças crônicas em idosos tende a um aumento considerável com o avançar da idade atingindo, aproximadamente, 70% dos indivíduos acima de 70 anos de idade, sendo que a presença de mais de uma morbidade impacta negativamente a qualidade de vida e a autoavaliação da saúde desses indivíduos.

De acordo com Alves e Rodrigues (2010), os idosos que apresentam associação de doenças crônicas com autoavaliação negativa de saúde tendem a maior prevalência de depressão, assim como a coexistência de doenças crônicas e depressão entre os idosos pode impactar na autoavaliação negativa da saúde entre os mesmos.

Outra pesquisa realizada com 218 idosos institucionalizados no Rio Grande do Sul demonstrou que a grande maioria dos participantes relatou ter pelo menos de duas a três doenças (as mais citadas: HAS, DM tipo II e Osteoartrose) e foi identificado um quadro de depressão em 53,3% destes idosos (GÜTHS *et al.*, 2017). Doentes crônicos podem apresentar limitações em sua vida diária que aumentem as chances de terem depressão (KATON, 2011).

Em relação à depressão, existe uma forte associação bidirecional com DCNT, sendo a depressão considerada fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas – como diabetes e síndrome coronariana – ou consequência no agravamento da doença, como, por exemplo, a alta prevalência de depressão após um acidente vascular cerebral (AVC), o que impacta muito na incapacidade, na qualidade de vida e na mortalidade do indivíduo (LICHTMAN *et al.*, 2014; AYERBE *et al.*, 2013).

Peyrot, Burns e Davies (2013) relatam que o maior desafio da medicina neste século é a comorbidade, a condição clínica na qual duas ou mais doenças ocorrem simultaneamente na mesma pessoa. Destaca que a depressão é uma comorbidade comum que acompanha tanto diabetes tipo 1 como diabetes tipo 2 e ambos, diabetes e depressão, se influenciam de forma bidirecional, levando a uma diminuição da qualidade de vida de quem padece de ambas as patologias. Essa complexa relação tem implicações importantes tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão.

3.4.4 POTENCIALIDADES DO USO DAS TECNOLOGIAS LEVES E DURAS NO TRATAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Atualmente, tem-se discutido amplamente acerca do uso das tecnologias no âmbito da saúde tornando-se necessária a elucidação teórica pela análise conceitual e atribuições na prática. Assim, o conceito de tecnologia pode ser percebido como processo, isto é, formação e estrutura de materiais didático-pedagógicos, e, como produto, por meio da criação de artefatos e novas formações (SILVA; FERREIRA, 2014).

As intervenções com jogos digitais como ferramenta complementar para reabilitação têm sido foco frequente de pesquisas (MARTEL; COLUSSI; MARCHI, 2016). Uma revisão de literatura com metanálise constatou que benefícios podem ser obtidos com intervenções computadorizadas para cognição, depressão e ansiedade em indivíduos com demência (GARCÍA-CASAL *et al.*, 2017). Em ambientes hospitalares o uso de jogos digitais proporciona prazer e ameniza a angústia, ansiedade, tristeza e o isolamento (NEVES; ALVES; GONZALEZ, 2015).

Estudo analisado realizado com 26 idosos com doença renal crônica. Destes, 69,2% apresentaram ausência de sintomas depressivos, 26,9% sintomas depressivos leves e 3,8% sintomas depressivos severos. Após aplicação do jogo digital “Jogar também faz bem” com o auxílio de profissionais da vida objetivando o tratamento de sintomas depressivos e estimulação cognitiva, observou-se diminuição da pontuação média da EDG, onde 80,8% apresentaram ausência de sintomas depressivos, 14,4% sintomas depressivos leves e 3,8% (n=1) sintomas depressivos severos (BENTO *et al.*, 2018). Tais dados corroboram com os autores acima citados.

O toque terapêutico também se mostrou eficaz ao reduzir a intensidade da dor crônica em idosos e os escores de autoavaliação de depressão na amostra estudada. Esse achado reveste-se de especial importância, tendo em vista a escassez de estudos sobre a efetividade do Toque Terapêutico na depressão.

Portanto, por entender que o Toque Terapêutico é um tratamento de baixo custo, aprovado pelo SUS, normatizado pelas diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (CAIRES *et al.*, 2014), acredita-se que os resultados positivos deste tratamento melhoram a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas.

Observa-se que a depressão e ansiedade estão relacionadas à hipertensão e diabetes, e assim como na maioria das doenças crônicas. Essa relação parece se dar tanto como fator

predisponente às doenças, ou em decorrência de seu tratamento e complicações, o que provoca mudanças no hábito de vida dos indivíduos, podendo influenciar no estado de humor e no prazer de viver.

É fundamental o desenvolvimento de ações de controle das doenças crônicas e da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional. Considerando a lacuna de conhecimento existente na literatura científica, faz-se necessário ampliar e aprofundar pesquisas que englobem o idoso e que analisem a associação das doenças crônicas e depressão. Nesse sentido, com a finalidade de que a produção do conhecimento possa contribuir para formulações de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção dos agravos potencializando a qualidade de vida dos idosos.

4 MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo caso- controle, não pareado. Os estudos do tipo caso-controle são considerados retrospectivos por partirem de um desfecho já definido e tem por objetivo verificar a possível existência de uma associação causal entre a exposição aos fatores em estudo e a ocorrência do agravo. Para tal, são formados grupos de casos e controles, respectivamente portadores e não portadores da variável de desfecho, a fim de investigar acerca da exposição prévia a condições consideradas de risco. A hipótese inicial é de que o grupo de casos seja o mais exposto aos fatores de risco o que permite inferir sobre a realidade investigada (LOPES, 2013).

O conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica. O método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir dos questionamentos feitos pelo investigador (MINAYO, 2015). O produto da pesquisa científica deve contribuir para o avanço do conhecimento da humanidade. Na vida acadêmica, a pesquisa é um exercício que permite despertar o espírito de investigação diante dos problemas propostos pelos professores e orientadores, associando a teoria e a prática para aprimoramento dos cuidados prestados em saúde.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na ESF do município de Sobral, Ceará.

Sobral está localizado na zona do sertão centro-norte do Estado do Ceará, limitando-se ao norte com os municípios de Meruoca, Massapê e Santana do Acaraú; ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré; a leste com os municípios de Miraíma, Irauçuba e Canindé e, a oeste, com Coreaú, Mucambo e Alcântaras. Encontra-se distante de Fortaleza 224 km, tendo como vias de acesso à capital a BR 222 e a CE 362, e possui uma área territorial de 2.122 Km², sendo, entre os municípios cearenses, o décimo nono no que se refere a maior dimensão territorial.

De acordo com o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, acerca da população residente em Sobral, este município apresentaria uma população estimada de 205.529 pessoas no ano de 2017.

FIGURA 2- Localização do município de Sobral em relação ao Ceará



FONTE: Google Map (2018).

4.2.1 SISTEMA DE SAÚDE DE SOBRAL

O Sistema de Saúde de Sobral tem como missão garantir políticas públicas de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção do município, respeitando as diretrizes e princípios do SUS. É composto por uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada do SUS com serviços em diferentes níveis de complexidade, que o faz polo para a Macrorregião Norte do Ceará, sendo referência para 55 municípios e sede para a Microrregião de Saúde sendo formada por 24 municípios. Além disso, organiza-se em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Segundo dados do Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica realizado em 2016 e considerando que a APS representada pela ESF é considerada a porta de

HAS e DM e 14.715 não portadores dessas patologias. O total de idosos cadastrados nesse mesmo período foi de 25.617. O grupo de casos foi composto por pessoas com idade superior a 60 anos portadores de HAS e DM. Já o grupo controle abrangeu pessoas acima de 60 anos não portadores dessas doenças.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estudos de caso controle, considerando-se a razão de chances de 1,5, uma probabilidade de depressão em pacientes hipertensos e diabéticos em torno de 20%, uma precisão relativa ϵ de 50% e um nível de significância de 5%. Aplicando-se esses valores na fórmula a seguir, temos que $n = 91$ para cada grupo. Para eventuais perdas de pacientes e/ou de informações, acrescentou-se uma margem de erro de 20% ao tamanho da amostra calculado, implicando, dessa forma, cada grupo ficando com 104 pacientes.

$$n = \frac{z^2_{5\%} \{ 1/[P_1(1 - P_1)] + 1/[P_2(1 - P_2)] \}}{[\log_e(1 - \epsilon)]^2}$$

Onde, $P_2 = [P_1/[OR(1 - P_1)] + P_1]$; fixadas RC e P_1 .

P_1 = probabilidade antecipada da população com HAS e DM

P_2 = probabilidade antecipada da população sem HAS e DM

$$z^2 = 1,96$$

ϵ = precisão relativa

Os pacientes foram selecionados por meio de um sorteio realizado após a organização da lista nominal do grupo de casos e controles em uma planilha do Excel. Em seguida, foi solicitado aos agentes comunitários de saúde para convidar os participantes escolhidos para coleta de dados nos respectivos CSF.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para o grupo de Casos: 1) Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) Ser cadastrado no E-SUS AB; 3) Ser portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Já para o grupo de controles: 1) Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) Ser cadastrado no E-SUS AB. Foram excluídos da pesquisa tanto do

grupo de casos como de controles aqueles que: 1) Apresentaram algum transtorno mental grave ou déficit cognitivo que comprometa a sua participação na pesquisa 2) Estavam incapacitados de responder os instrumentos da pesquisa no momento da entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram selecionados dois CSF localizados na sede e zona rural do município, CSF Baracho/São Francisco e CSF Coelce, considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e organizacionais que existem entre eles. A aplicação dos instrumentos de coleta foi realizada nos meses de maio a julho do corrente ano por enfermeiros com o auxílio dos bolsistas da iniciação científica. Ocorreram duas reuniões para treinamento dos mesmos, considerando que os idosos por limitações físicas e/ou cognitivas possuem dificuldade de compreensão das perguntas realizadas, o que demanda habilidades para entrevista e preenchimento dos questionários.

Foi utilizado um formulário elaborado para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes da pesquisa e uma escala padrão para investigação de sintomas depressivos: a Escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (EGD-15).

Descrita em língua inglesa por Yesavage *et al.* (1982), a escala original contém 30 perguntas, possuindo uma versão reduzida de 15 questões. Esta foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) a partir dos itens que mais fortemente se relacionavam com o diagnóstico de depressão, evitando a esfera das queixas somáticas. Foi validada no Brasil a partir de suas propriedades psicométricas e atualmente é o segundo instrumento mais utilizado para rastrear sintomas depressivos entre os idosos (APÓSTOLO *et al.*, 2014; FRADE *et al.*, 2015)

A escala foi adaptada para a população brasileira em 1999, por Almeida e Almeida (1999). A EDG15 possui questões com respostas dicotômicas (“sim” e “não”), com a pontuação total máxima de 15, sendo que “0 a 5 pontos” significa ausência de depressão, “6 a 10 pontos” representam depressão leve a moderada e “11 a 15 pontos” indicam quadro de depressão grave (BRASIL, 2006; FERRARI; DALACORTE, 2007). Também pode ser avaliada tomando como ponto de corte ≥ 6 de acordo com estudos prévios que adotaram o

mesmo ponto de corte, tendo os resultados dicotomizados em caso/não caso (PINHO *et al.*, 2010; FRADE *et al.*, 2015)

Neste estudo, optamos por utilizar a escala na forma de variável dicotômica, a partir de resultados com sintomas depressivos/sem sintomas depressivos e enquanto soma de pontos, como variável numérica, caracterizando os níveis de sintomas depressivos.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados. Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. Para efeito de análises estatísticas mais robustas, a escala tipo Likert EDG foi transformada numa outra de 0 a 100 por meio da expressão: Novo valor = [(valor obtido – Mínimo)/(Máximo – Mínimo)]x100. A média da EDG-15 foi analisada em relação às variáveis sociodemográficas, ambientais e clínicas por meio dos testes paramétricos t de *Student*, ANOVA, *Mann-Whitney* e *Friedman* Foram feitas as comparações múltiplas pelo teste de *Tukey* e de *Conover*. As análises de associação com outras variáveis foram feitas pelos testes de Qui-Quadrado ou de razão de verossimilhança sendo a força dessa associação calculadas pela razão de chances (RC) e de seu IC95%. Foram estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS 20 licença número 10101131007.

4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização junto à Secretaria da Saúde do Município de Sobral, Ceará, por meio da apreciação do projeto de pesquisa, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS), e após aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, sendo aprovado sob o parecer nº 3.314.367.

Durante o estudo foram respeitados os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidas por meio da Resolução n. 466, de 12 de dezembro

de 2012 (BRASIL, 2013). Foram incorporados os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, anonimato, equidade e justiça.

Os participantes que assentiram em participar da pesquisa receberam explicação detalhada sobre sua finalidade e objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consentimento pós-informado para participação em estudo científico.

Considerando as limitações físicas e cognitivas dos idosos, consequências do próprio envelhecimento, realizamos reuniões para treinamento dos acadêmicos de enfermagem (bolsistas da iniciação científica) quanto ao preenchimento dos questionários e abordagem dos mesmos, na tentativa de minimizar as barreiras de comunicação e fortalecer o vínculo para o momento das entrevistas. Foi orientado a importância de falar no tom de voz mais alto, próximo ao idoso, devagar, explicando mais de uma vez cada item se necessário para melhor compreensão.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS

Participaram deste estudo 210 idosos, sendo 106 casos e 104 controles cadastrados nos CSF São Francisco e Coelce, município de Sobral, Ceará. As porcentagens foram calculadas em relação ao grupo caso/controle, para analisar se o número de pessoas dentro de cada categoria se distribuiu em igual proporção em cada grupo.

TABELA 1: Distribuição do número de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo o grupo e as variáveis sociodemográficas, município de Sobral, Ceará (n= 210).

Variáveis	Ca		Co		Valor de p
	n	%	N	%	
1. Sexo					,005
Masculino	31	29,2	50	48,1	
Feminino	75	70,8	54	51,9	
2. Idade					,726
60-69	57	53,8	60	57,7	
70-79	39	36,8	37	35,6	
80-98	10	9,4	7	6,7	
3. Estado civil					,127
Solteiro	6	5,7	14	13,5	
Casado	59	55,7	62	59,6	
Separado/divorciado	13	12,3	9	8,7	
Viúvo	28	26,4	19	18,3	
4. Anos de estudo					,058

Nenhum	28	41,5	42	40,4	
1 a 4	44	41,5	26	25,0	
5 a 9	23	21,7	24	23,1	
10 a 22	11	10,4	12	11,5	
5. Procedência					,128
Bairro Alto Novo	36	34,0	23	22,1	
Bairro Coelce	35	33,0	36	34,6	
Sítio São Francisco	35	33,0	45	43,3	
6. Renda Familiar (SM)					,243
< 1 salário	10	9,4	7	6,7	
1 salário	57	53,8	47	45,2	
> 1 salário	39	36,8	50	48,1	
7. N° de moradores na casa					,825
1 a 2	40	37,7	43	41,3	
3 a 4	45	42,5	40	38,5	
5 a 10	21	19,2	21	20,2	

p= Teste de Qui-quadrado; SM= R\$ 998,00

A proporção dos casos entre as mulheres (70,8%) foi maior que a dos homens (29,2%) (p=0,005). Não se encontrou diferença entre as proporções nas variáveis: faixa etária (p=0,726), estado civil (p=0,127), anos de estudo (p= 0,058), procedência (p= 0,128), renda familiar (p= 0,243) e número de moradores (p=0,825), demonstrando a homogeneidade dos dados, com exceção do sexo.

O envelhecimento é um processo natural na vida dos seres vivos decorrentes de mudanças que ocorrem gradualmente no organismo, que são inevitáveis e estão ligadas à idade. Tem como impacto negativo o aumento das doenças crônicas não transmissíveis acarretando aumento da mortalidade e incapacidade no mundo todo, como também expõe o idoso à fragilidade e exclusão de alguns seguimentos da sociedade.

A predominância do sexo feminino para a HAS ocorre de forma semelhante na maioria dos países da América, na Ásia e área África Subsaariana. No Brasil, um estudo de 2013 mostrou que nas capitais brasileiras, existe cerca de 3% a mais de mulheres que homens com HAS, com aumento dessa diferença a partir dos 50 anos, considerando todas as mudanças hormonais e de metabolismo (EZZATI, 2016; SILVA, 2016).

O sexo feminino como fator associado ao DM (p = 0,047) foi identificado em estudo nacional. Pesquisa realizada na Espanha e Coréia do Sul verificou que o maior número de morbidades se associou ao sexo feminino (p < 0,001) (PIMENTA *et al.*, 2015; GARIN *et al.*, 2014).

De acordo com o censo demográfico de 2010, as mulheres idosas equivaliam a 55.5% (11.434.487) do contingente de pessoas de 60 anos ou mais. Esse fenômeno é conhecido como a feminização da velhice, e decorre da maior expectativa de vida nas mulheres e à maior

taxa de mortalidade dos homens. Tal fato pode estar associado ao fato de as mulheres se cuidarem mais do que os homens, de se exporem menos a riscos e a maior exposição dos homens a fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Os fatores hormonais também são considerados relevantes considerando que nas mulheres os hormônios femininos aumentam o HDL no sangue diminuindo assim o colesterol sanguíneo, reduzindo o risco de infarto. Entretanto, com a chegada da menopausa, ocorre uma diminuição da produção hormonal característica do período do climatério, predispondo as mulheres idosas as DCV (JANES; DAVIS, 2014). Portanto, apesar de mulheres viverem mais do que homens, estão predispostas a doenças físicas e mentais mais do que idosos do sexo masculino (IBGE, 2011; CAMARGO; GONZAGA, 2015; SILVA *et al.*, 2014; LANA; SCHNEIDER, 2014).

Um estudo transversal realizado por meio da análise de 1537 prontuários de mulheres após a menopausa atendidas no Ambulatório de Fitomedicamentos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo revelou elevada prevalência da hipertensão arterial em mulheres com Síndrome Metabólica e sobrepeso ou obesidade na pós menopausa, sendo relevante para o aumento da mortalidade por DCV nessa faixa etária (YAMAMOTO; ARAUJO; LIMA, 2019).

Ademais, é relevante ressaltar que ocorre uma baixa procura pelos serviços de saúde por parte do sexo masculino, fato este reflexo do comportamento histórico-social que descaracteriza a necessidade de autocuidado do gênero masculino, uma vez que a procura pela prevenção à saúde ainda está relacionada à fragilidade, estando associada à população infantil e as mulheres. Como consequência, as subnotificações das doenças crônicas nos homens aumentam (LEVORATO *et al.*, 2014).

Estudos internacionais conduzidos na Espanha e nacionais, no interior de Minas Gerais, evidenciaram que a HAS foi a doença mais frequente no seguimento dos idosos (BARBOSA *et al.*, 2014; PIMENTA *et al.*, 2015). Com relação às diferenças entre os sexos, estudo internacional realizado na Espanha verificou as morbidades mais frequentes em homens sendo a doença crônica obstrutiva crônica (DPOC), doenças cardíacas, isquemia e câncer; enquanto que para as mulheres a demência, depressão, asma, dislipidemia e hipertensão arterial (SILGUERO *et al.*, 2014).

Relacionado aos demais fatores sociodemográficos analisados, ainda que os dados desta pesquisa não apresentem ênfase com relação à baixa escolaridade nos portadores de HAS e DM em relação aos não portadores, uma pesquisa realizada com a população adulta (≥ 18 anos) nas 26 capitais e no Distrito Federal utilizando dados do VIGITEL, coletados por

meio de inquéritos telefônicos, mostrou que a prevalência de HAS autorreferida foi maior na faixa etária de 65 anos ou mais (60,4%) e nas pessoas com baixa escolaridade (que possuíam 0 a 8 anos de estudo) (38%) (MALTA *et al.*, 2017).

Outro estudo que teve como objetivo analisar a associação entre relato de DCNT com fatores de risco na cidade de Maringá demonstrou que o sexo, a idade e a escolaridade foram os fatores de risco mais significantes para a presença de doenças crônicas, com resultados de $p < 0,001$. A renda também pode estar associada às doenças crônicas, pois populações econômica e socialmente vulneráveis possuem hábitos alimentares prejudiciais, estilos de vida sedentários e menos acesso aos serviços de saúde (ROCHA-BRISCHILIARI *et al.*, 2014).

5.2 ASPECTOS CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS DOS IDOSOS

Os hábitos de vida dos idosos impactam diretamente na qualidade de vida dos mesmos. É crescente a preocupação governamental com o incentivo a políticas públicas para prevenção das DCNT considerando a expressiva prevalência de fatores de risco clínicos e comportamentais que geram graves consequências para a saúde do idosos e aumentam a morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

A tabela 2 demonstra o aspecto comportamental dos casos, onde os resultados revelam que a maioria não pratica atividade física regular (62,3%) e não participa de grupos existentes na comunidade (58,5%). Quanto ao aspecto clínico dos mesmos, a pressão arterial sistêmica e a glicemia estão controladas em respectivamente 80,2% e 64,2% da amostra pesquisada. Quanto ao uso regular das medicações, (90,6%) tomam a medicação corretamente, resultando em não hospitalizações da maioria dos idosos.

TABELA 2: Comparação das médias da escala EDG-15 com as variáveis clínicas e comportamentais dos idosos com HAS e DM (casos) acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, no município de Sobral, Ceará (n= 106).

Variáveis	Ca		Média ± DP	p
	n	%		
1. Faz atividade física regular				,175
Sim	40	37,5	5,30 3,006	
Não	66	62,3	6,17 3,261	

3. Participação em grupos					,803
Sim	44	41,5	5,93	3,121	
Não	62	58,5	5,77	3,246	
5. A pressão arterial está controlada?					,099
Sim	85	80,2	5,64	3,265	
Não	21	19,8	6,67	2,726	
6. A glicemia está controlada?					,048
Sim	68	64,2	5,37	2,942	
Não	38	35,8	6,68	3,449	
7. Faz uso regular das medicações					,216
Sim	96	90,6	5,73	3,207	
Não	10	9,4	6,90	2,846	
8. Hospitalizações					,301
Sim	44	41,5	6,25	3,221	
Não	62	58,5	5,55	3,145	

Com relação as médias da EDG-15 calculadas de acordo com cada grupo, os resultados demonstraram valores mais elevados nos idosos com HAS e DM que não praticam atividade física ($6,2 \pm 3,3$), que estão com a pressão arterial e glicemia descontroladas ($6,7 \pm 2,7$; $6,7 \pm 3,5$), que passaram por hospitalizações ($6,3 \pm 3,2$) e que participam de atividades grupais ($5,9 \pm 3,1$).

Além da população estar envelhecendo, ocorre também o aumento da expectativa de vida. Em contrapartida, o estilo de vida da população mundial é cada vez mais sedentário, não permitindo a instalação de hábitos que incorporem ao dia-a-dia do indivíduo práticas preventivas ou até mesmo capazes de evitar a progressão ou corrigir as disfunções instituídas por doenças, principalmente as DCNT, as quais possuem capacidade de ter a história natural modificada pela incorporação de hábitos saudáveis como a atividade física.

A prática regular de atividade física pode gerar benefícios à população em idade mais avançada, como a perda de peso, maior flexibilidade, aumento da força muscular e resistência e da capacidade aeróbica, melhor coordenação e equilíbrio e melhor administração das doenças crônicas e das deficiências. Pesquisa realizada com 215 idosos entre 60 e 100 anos para verificar de que modo a prática da atividade física influencia a autoestima e os níveis de depressão evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre a população praticante e não praticante de atividade física nos domínios da autoestima e depressão. Com efeito, os idosos praticantes apresentaram níveis mais elevados de autoestima e níveis reduzidos de depressão comparativamente com os não praticantes (BARBOZA *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*; 2016).

As atividades grupais também se constituem fator importante para a manutenção e controle das incapacidades físicas e mentais do idoso. No âmbito da promoção da saúde, têm o intuito de oferecer bem-estar, autonomia e qualidade de vida aos sujeitos. Os grupos também desempenham um papel fundamental no que se refere à inclusão social, sendo ainda uma forma de interação e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade dentro do âmbito de ser e estar saudável (PEZAVENTO; KARLA, 2018).

A participação em grupos pode favorecer a adoção de um estilo de vida mais saudável com orientações acerca das patologias que acometem os idosos e a importância da adesão aos tratamentos prescritos. Percebemos neste estudo que a maioria dos idosos não participam de atividades grupais e conseqüentemente não sabem o que significa HAS e DM, bem como as conseqüências que estas podem acarretar. As médias da EDG-15 foram maiores nos idosos participantes de atividades grupais, demonstrando que, mesmo aqueles que participam desses momentos de compartilhamento e convivência, estão em risco de desenvolver a depressão.

A adesão positiva ao tratamento medicamentoso é importante fator para controle das complicações decorrentes das DCNT. Um estudo descritivo e transversal, realizado com idosos hipertensos assistidos pelas 11 equipes de ESF de Brazlândia, Distrito Federal, constatou que pacientes de adesão insatisfatória ao tratamento apresentaram maiores complicações e associações com quadros de depressão, aumentando conseqüentemente o número de hospitalizações (ANDRADE *et al.*, 2019). Fato este confirmado neste estudo, onde a média da EDG-15 foi maior nos idosos que não tomam a medicação conforme orientação dos profissionais da saúde e que estão com os níveis pressóricos e glicêmicos alterados.

5.3 ANÁLISE DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO NOS IDOSOS

A terceira idade é a faixa etária que mais cresce no Brasil, portanto, proporcionalmente, aumentam as doenças decorrentes da velhice. Nesse contexto, destaca-se a prevalência de doenças neurológico-degenerativas e a tendência à depressão. Nota-se que existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice e a que predomina, entre essas perturbações, é a depressão. Essa doença se tornou um problema de saúde pública, devido à elevada frequência com que ocorre (SANTOS *et al.*, 2015).

TABELA 3: Distribuição do número de idosos (casos e controles) acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo a análise dos sintomas de depressão pela EDG-15, município de Sobral, Ceará (n= 210).

Variáveis	IDOSOS (n=210)	
	N	%
ANÁLISE DICOTÔMICA		
Sem indícios de depressão (<6)	131	62,4
Com indícios de depressão (≥6)	79	37,6
ANÁLISE POR VARIÁVEIS NUMÉRICAS		
Sem depressão (0-5)	131	62,4
Depressão leve a moderada (6-9)	71	33,8
Depressão Grave (11-15)	8	3,8

Os dados da Tabela 3 mostram a análise dos inícios de depressão nos idosos participantes da pesquisa segundo a EDG-15. Da amostra estudada, 37,6% (n= 79) apresentou indícios depressivos (escores ≥ 6), ao passo que 33,8% (n= 71) apresentaram depressão leve a moderada e 3,8% (n=8) depressão grave. A depressão na velhice pode estar relacionada às mudanças fisiológicas e, principalmente, às modificações do papel social e a situações de perda e abandono (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013).

Segundo Vaughan *et al.* (2015), um em cada dez idosos são frágeis ou apresentam sintomas depressivos, e uma alta porcentagem apresenta as duas condições. Os sintomas depressivos podem levar os idosos ao agravamento de doenças crônicas devido a uma situação de maior vulnerabilidade, expondo-o ao risco aumentado de morbidades com consequente necessidade de apoio de profissionais de saúde que previnam ou minimizem os agravos decorrente de sua instalação (LEAL *et al.*, 2014).

Considera-se que fatores biológicos, psicológicos e sociais atuando conjuntamente podem levar à doença. Fatores biológicos, como a presença de depressão em outros membros da família podem ser considerados predisponentes, enquanto fatores psicológicos e sociais, por exemplo, perda de suporte social ou perda de um ente querido, pode desencadear um episódio de depressão. Sabe-se que na depressão há alterações no equilíbrio dos sistemas químicos do cérebro, principalmente nos neurotransmissores noradrenalina e serotonina (RENNÓ, 2016).

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%” (UNA-SUS/UFMA, 2017). Os distúrbios psiquiátricos contribuem rigorosamente para a redução da qualidade de vida e da capacidade funcional em idosos. Dentre esses distúrbios, a depressão desponta como uma doença de alta frequência mundial, cogitada como a segunda

causa de morbidade para as próximas décadas (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014; BACHLE, 2015).

Gulich, Duro e Cesar (2016) realizaram um estudo com 568 idosos residentes no município de Arroio Trinta, Santa Catarina, onde um em cada cinco deles sofre de depressão, segundo a EDG-15. Estudos nacionais que utilizaram a EDG-15 mostraram prevalências que variaram de 21 a 50%. Os estudos que utilizaram ≥ 6 como ponto de corte para o desfecho alcançaram as maiores prevalências, 38 e 50% (GONÇALVES; ANDRADE, 2010; HOFFMANN *et al.*, 2010; MACIEL; GUERRA, 2006; BANDEIRA, 2008).

É necessário, ao fechar-se o diagnóstico para depressão, ter como base os sintomas considerados centrais, como o humor deprimido, a perda de energia, dificuldade de concentração, sentimento de fracasso, alteração do apetite, do sono e lentificação das atividades físicas e mentais. Também é de fundamental importância registrar a diminuição da autonomia, o comprometimento nutricional, a dor e a perda da mobilidade, pois estes fatores podem contribuir para a evolução dos sintomas depressivos. Muitas vezes, o medo da piora da doença física, da perda da dignidade, do trabalho que vão dar aos seus familiares são fenômenos psicológicos que comprometem a condição física deste indivíduo (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA DE CASOS E CONTROLES E A CORRELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Os agravos e doenças crônicas não transmissíveis constituem um cenário preocupante na área da saúde, visto que são considerados a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo. A HAS e o DM estão entre as mais frequentes e atingem uma em cada três e uma em cada dez pessoas adultas, respectivamente. Segundo Machado e Campos (2015), suas prevalências e incidências estão associadas à transição demográfica e epidemiológica e, conseqüentemente, ao envelhecimento populacional.

Além dos fatores sociodemográficos, a ocorrência de duas ou mais doenças (multimorbidades) em idosos, tem se mostrado ser um fator colaborador para o possível desenvolvimento da depressão, uma vez que ocasiona limitações nas atividades de vida diária, diminuindo dessa forma a qualidade de vida dos acometidos por tais patologias.

TABELA 4: Distribuição do número de idosos com sintomas de depressão segundo o grupo, EDG-15 e variáveis sociodemográficas no município de Sobral, Ceará.

Variáveis	Ca		Co		RC	IC (95%)	P
	N	%	N	%			
EDG-15							
Com indícios de depressão (≥ 6)	57	53,8	22	21,2	4,3	2,3-7,9	,003
Sexo							
Masculino	14	45,2	8	16	4,3	1,5-12	,004
Feminino	43	57,3	14	25,9	3,8	1,7-8,2	<0,001
Estado civil							
Solteiro	3	50,0	3	21,4	3,6	,473-28,4	,201
Casado	29	49,2	11	17,7	4,48	1,9-10,25	<0,001
Separado/Divorciado	7	53,8	2	22,2	4,08	,603-27,6	,138
Viúvo	18	64,3	6	31,6	3,9	1,1-13,4	,028
Renda familiar							
<1 salário	7	70,0	3	42,9	3,1	,414-23,3	,263
1 salário	30	52,6	16	34,0	2,1	,971-4,8	,057
>1 salário	20	51,3	3	6,0	16,5	4,4-62	<0,001
Anos de estudo							
Nenhum	15	53,8	14	33,3	2,308	,865-6,15	,092
1 a 4	26	59,1	2	7,7	17,33	3,63-82,7	,000
5 a 9	13	56,5	6	25,0	3,90	1,13-13,1	,028
10 a 22	3	27,3	0	0	2,5	1,46-4,27	,052

RC= Razão de chance; IC= Intervalo de confiança; p= Teste de Qui-quadrado

A tabela 4 demonstra por meio de análise comparativa que 53,8% dos casos apresentaram sintomas de depressão, enquanto nos controles, os percentuais foram de apenas 21,2%. De acordo com os dados apresentados, a chance de ter depressão entre os casos foi de 4,3 vezes mais do que os controles (IC95%: 2,3 – 7,9) (p=0,003). A depressão é uma doença crônica de surgimento comum durante o envelhecimento e pode ser associada à hipertensão arterial por aspectos psicossociais e genéticos (SILVA *et al.*, 2014).

Dentre as principais DCNT que acometem a população brasileira, especialmente os idosos, destacam-se as cardiovasculares, HAS, DM e obesidade (BRASIL, 2014). Essas doenças são particularmente importantes porque se constituem em fator de risco uma para a outra, ou seja, para um indivíduo com HAS existe um alto risco de adquirir DM e vice-versa. Isso potencializa a morbidade e mortalidade de indivíduos nessas condições, gerando altos custos públicos. Por exemplo, no Brasil, o gasto médio anual com medicamentos no SUS é de setecentos e sessenta e quatro mil oitocentos e oitenta reais (MACHADO; CAMPO, 2014).

Além disso, há também custos emocionais para as pessoas com esses quadros, pois estudos apontam que elas apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem sintomas depressivos e/ou ansiosos por diminuírem a qualidade de vida e ocasionar limitações nas atividades do cotidiano (SOUZA *et al.*, 2018). Um estudo realizado com 166 idosos

pertencentes a um plano de Saúde no município de São Paulo mostrou que dentre as patologias que mais estavam presentes, HAS era a mais prevalente, aparecendo em 62,6% dos idosos e a DM estava em terceiro lugar, com 19,2%. Desses, 28,31% idosos apresentaram sintomas indicativos de depressão após aplicação da EDG-15 (MANSO; DE SOUSA; DE OLVEIRA, 2018).

Em pesquisa realizada com 1.391 idosos cadastrados no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENGE), uma parceria da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) com a Secretaria Municipal da Saúde do município de Porto Alegre, em janeiro de 2013, revelou alta prevalência de DCNT (81,3%), principalmente HAS (70,8%) e DM (27,0%), seguida das cardiovasculares. As seguintes doenças apresentaram associação significativa ($P < 0,05$) com o resultado da escala de sintomas depressivos: HAS, DM, doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC (SILVA *et al.*, 2017).

Em Rondonópolis, Mato Grosso do Sul, foi realizado um estudo transversal e quantitativo, com 106 participantes portadores de HAS e DM. Destes, 27,4% apresentaram sintomas de depressão e ansiedade, sendo a maior prevalência em indivíduos com 60 anos ou mais, corroborando com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) a qual aponta que, na população geral brasileira, a faixa etária com maior proporção de depressão é a de 60 a 64 anos de idade (11%) (SOUZA *et al.*, 2018; IBGE, 2014).

As doenças mentais, especialmente a depressão, estão entre as DCNT que mais causam incapacidade e pioram a qualidade de vida, com grande impacto também para os membros da família. A coexistência dessas doenças contribui ainda mais para uma menor expectativa de vida. Existe uma forte associação bidirecional da depressão com DCNT, sendo a depressão considerada fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas, como DM e síndrome coronariana, ou como consequência do agravo da doença, como, por exemplo, a alta prevalência de depressão após AVC, o que impacta muito na qualidade de vida e mortalidade do indivíduo (WHITEFORD *et al.*, 2015; LICHTMAN *et al.*, 2014).

Güths *et al.* (2017), realizaram uma pesquisa com 60 idosos institucionalizados sem deficiência cognitiva, em que 95% eram portadores de doenças crônicas e faziam uso de medicamentos diariamente, ingerindo em média três ou mais tipos. Desses, após aplicação da EDG-15, 53,3% apresentaram depressão moderada. Outro estudo realizado na cidade de Bagé, região Sul do Brasil, encontrou prevalência de multimorbidade de 81,3% entre idosos, sendo nesta mesma população encontrada prevalência de 18% de sintomas de depressão pela EDG (NUNES; THUMÉ; FACCHINI, 2015; BRETRANHA *et al.*, 2015).

A sintomatologia da depressão está associada aos fatores psicológicos, orgânicos e sociais. Os fatores psicológicos estão associados à desesperança, a negação e ao choro persistente, fazendo com que o idoso perca a vontade de realizar atividades que antes eram prazerosas. Os fatores orgânicos estão relacionados às alterações hormonais, ao uso de alguns medicamentos, ou a presença de doenças crônicas. Os fatores sociais podem ser desencadeados por situações traumáticas vivenciadas pelo idoso, como a morte de familiares, síndrome do ninho vazio e o isolamento social (ROSA, 2019).

Já as consequências dessa doença podem ser graves, acarretando prejuízos na vida social do indivíduo e causando sofrimento psíquico tanto para o idoso quanto para os familiares, sendo considerada fator de risco para o suicídio. Batista e Santos (2014) definem como fatores de risco para o suicídio ter mais de 75 anos, ser portador de demência, doenças cardíacas, HAS, fazer uso de medicamentos como benzodiazepínicos, antidepressivos, barbitúricos, antipsicóticos, ansiolíticos ou tranquilizantes, possuir alguns traços de personalidade (orgulho, rigidez, pessimismo, desesperança, negação do envelhecimento, comportamentos obsessivos), perder o seu domicílio, ter problemas de relacionamento, diminuição da qualidade do sono, depender de outras pessoas e já ter tentado suicídio anteriormente.

O suicídio é responsável por quase um milhão de mortes no mundo anualmente e especialmente preocupante quando se trata de idosos, pois vem aumentando consideravelmente suas taxas, principalmente em pessoas de idade mais avançada. Está associado principalmente a histórias de depressão, todavia, outros fatores como as enfermidades físicas e mentais graves, presença de morbidades, aspectos socioculturais como decadência profissional e socioeconômica encontram-se como causas desta violência auto infligida (CONWELL, 2015).

Santos *et al.* (2016), ao realizar pesquisa no estado da Bahia, entre os anos de 2002 e 2012 sobre as taxas de mortalidade por depressão em idosos, perceberam que estas eram crescentes e que a maioria acontecia em idosos do sexo feminino. Sabe-se que as mulheres vivem mais que os homens e o aumento da idade é acompanhado por maior incidência de doenças crônicas. Também é possível que a maior mortalidade no sexo feminino esteja ligada a morbidades físicas, características psicossociais e incapacidades ligadas ao sexo, e não ao sexo propriamente dito ((BUCHTEMANN *et al.*, 2012).

Nesse contexto, percebemos o impacto que a depressão ocasiona sobre a vida dos idosos, destacando-se a relevância e a necessidade do desenvolvimento de estratégias que promovam a detecção e o tratamento precoce dos casos em maiores de 60 anos, evidenciando-

se seus efeitos adversos. Sob essa perspectiva, vale ressaltar a importância do uso de escalas de rastreio desenvolvidas especialmente para idosos na prática clínica.

O perfil sociodemográfico identificado para depressão neste estudo revelou que as mulheres sofrem de depressão mais que os homens e que as chances de desenvolver a doença nas portadoras de HAS e DM é 3,8 vezes maior do que nas não portadoras, demonstrando que as multimorbidades são fatores de risco significativos para a saúde mental. Pesquisa cujos sintomas depressivos foram rastreados pelo EDG-15, e que avaliou a presença de depressão em 96 idosos, identificou significativa prevalência de 17,7%, com predomínio no sexo feminino (SANTOS *et al.*, 2015).

A depressão na mulher pode estar relacionada a fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Vincula-se nas mulheres durante a velhice, sobretudo devido a mudanças hormonais acompanhadas de labilidade emocional e alterações no âmbito sexual, modificações nos papéis sociais e familiares, o que pode implicar em perdas interpessoais. Nesse período predominam aspectos culturais de desvalorização estética do corpo que podem somar-se a baixa autoestima, acarretando o isolamento social (SILVA *et al.*, 2015).

Os altos índices de depressão nesta população afirmam a necessidade de intervenções específicas das equipes de saúde, destacando a importância de equipe multidisciplinar, disponível, sobretudo na APS, por meio da Estratégia Saúde da Família. Vale ressaltar que, apesar de oferecer estratégias adequadas para o tratamento de depressão, tem sido constatada dificuldade de diagnóstico dessa doença pela equipe da ESF, pois muitas vezes é subdiagnosticada, tendo seus sintomas negligenciados, sendo vista como uma consequência natural do envelhecimento (BRASIL, 2014; HAJJAR *et al.*, 2017).

Os resultados também permitiram concluir que quanto ao estado civil, os casados tiveram resultados estatisticamente significantes para depressão ($p < 0,001$) com risco de 4,48 maior nos casos que nos controles (IC95%: 1,9-10,25), a renda familiar se concentrou em > 1 salário mínimo, com razão de chance 16,5 (IC95%: 4,4- 62) e $p < 0,001$ e os menos escolarizados (1-4 anos de estudo) foram os mais acometidos por sintomas depressivos ($p < 0,001$).

A baixa escolaridade é considerada um fenômeno muito presente entre os idosos, tendo em vista que no passado o trabalho manual era muito valorizado e os filhos ajudavam os pais nas atividades domésticas, não restando tempo para frequentar a escola. Diversos estudos realizados mostraram que a baixa escolaridade é considerada um fator bastante influenciador no acometimento dos sintomas ansiogênicos e depressivos (ALMEIDA *et al.*, 2015; MINGHELLI *et al.*, 2013; PARDAL, 2011).

Dutra *et al.* (2016) descrevem em seu estudo que a baixa escolaridade e a falta de conhecimento das doenças adquiridas e suas consequências podem afetar a manutenção da saúde e o manuseio dos medicamentos. Uma pesquisa realizada com 86 idosos, com idade entre 60 a 90 anos), que residem na comunidade Santo Onofre, em Maceió/AL, demonstrou que a baixa escolaridade afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos e predispõe a sintomas de depressão (MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

Diversos autores, como Castro (2014), Minghelli *et al.* (2013) e Sousa *et al.* (2014), demonstraram em seus estudos que o alto índice da Depressão entre os idosos está fortemente relacionado aos que apresentam baixa escolaridade ou que são analfabetos. A baixa escolaridade é considerada um fator de risco à sintomatologia depressiva no indivíduo. O nível educacional permite que a pessoa desenvolva recursos de enfrentamento das situações estressantes da vida (GONZALES *et al.*, 2016).

Contrapondo os resultados encontrados neste estudo, González *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa com 1.021 idosos em Criciúma, Santa Catarina, para avaliar os que conviviam com companheiro ou não. Observou-se elevada prevalência dos sinais de depressão nos idosos viúvos em relação aos idosos que convivem com cônjuges. Associações como morar só ou não ter companheiro podem contribuir para a instalação de um quadro depressivo, assim como a baixa renda e perda do status social, fatos não observados neste estudo, considerando que a maioria dos idosos com depressão são casados e possuem renda maior que um salário mínimo (CARNEIRO; CABRAL, 2016). É importante ter cautela na interpretação desses achados isoladamente, pois outros fatores podem estar associados à depressão.

Relevante enfatizar a importância das escalas de rastreamento para depressão, considerando a alta prevalência deste agravo na população e a dificuldade de consultas com especialistas nos serviços públicos de saúde. Nesse cenário a identificação de depressão pode ser facilitada pelo uso de instrumentos validados como a EDG-15, de baixo custo e rápida aplicação, tornando-se um valioso instrumento de saúde pública para detecção da doença em ambientes não especializados. Esta escala vem sendo largamente utilizada em diferentes tipos de serviço de saúde e em diversos países apresentando desempenho positivo na detecção de depressão em idosos e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Infere-se dessas informações a importância e a utilidade da aplicação dessa escala pelos profissionais de saúde da APS, incluindo a ESF, com o propósito de melhor identificar e tratar essa doença (BRASIL, 2014; CASTELO *et al.*, 2010).

A ESF detém uma posição privilegiada entre os demais serviços de saúde no cuidado a pessoa idosa, tendo em vista a garantia do acesso próximo aos lares dos serviços de saúde e a

atuação direta com a comunidade. O município de Sobral atualmente possui 100% de cobertura das equipes da ESF, sendo composto por uma RAS hierarquizada e regionalizada do SUS que o faz polo para a Macrorregião Norte do Ceará. Operacionaliza o modelo de atenção à saúde voltada para as condições crônicas, potencializando os usuários para o autocuidado, bem como preparando as equipes de saúde para fornecer melhores resultados (SOBRAL, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, fica evidente que um sistema de saúde organizado, com uma APS consolidada e articulada, coordenando a atenção à saúde de forma interligada com os serviços especializados, promove uma qualidade e integralidade na prestação dos serviços, diminuindo assim os índices de DCNT e suas complicações. Entretanto destacamos que mesmo diante de uma assistência de qualidade prestada aos portadores de doenças crônicas, uma quantidade significativa de idosos encontra-se com sintomas de depressão, demonstrando que um caminho longo ainda há que se percorrer na consolidação do atendimento aos portadores de doenças crônicas.

A família é uma peça fundamental nesta fase da vida, tendo a convivência familiar reflexo direto na saúde do idoso. Souza *et al.* (2014), discorre sobre a importância do vínculo familiar nos indivíduos com depressão na terceira idade tendo um papel relevante na capacidade de o indivíduo solucionar os obstáculos da vida. Um ambiente familiar harmonioso pode proporcionar a possibilidade de uma relação familiar que ofereça uma atenção necessária ao idoso, possibilitando uma melhor qualidade de vida, respeito, afeto e dedicação na harmonia familiar.

Ainda segundo o mesmo autor, a família é considerada um fator relevante no cuidado do bem-estar dos integrantes e que tem um papel muito significativo no tratamento de idosos com depressão, pois requer uma maior atenção no dia a dia, percepção e um alicerce financeiro. Por trabalhar diretamente com as famílias, tendo o vínculo reforçado pela visita dos agentes comunitários de saúde, a ESF atua como importante potencializador dos cuidados prestados aos idosos por parte de seus familiares.

Ressalta-se que no cenário das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, o vínculo veio a surgir, mais especificamente, com a institucionalização do SUS e o Programa Saúde da Família, mais tarde denominado ESF. Dessa maneira, o vínculo constitui uma importante estratégia de cuidado da prática profissional no que tange a reorganização dos serviços assistências de saúde direcionados ao paciente, no sentido da garantia dos direitos do acesso universal, o atendimento humanizado e a resolutividade dos serviços (BACKES *et al.*, 2015).

Em pesquisa realizada nos CSF é possível observar que o ambiente e cuidado familiar são os principais fatores que influenciam no tratamento de depressão. A partir desses dados, é possível concluir que o vínculo familiar em pacientes depressivos tem um valor significativo no tratamento da depressão, por causa do cuidado, do auxílio na resolução das dificuldades dessa fase, podendo assim, proporcionar melhora na qualidade de vida do idoso (AGUIAR; SANTOS, 2014).

A relação entre doenças clínicas gerais no idoso e a depressão, assim como a não identificação e a falta de tratamento dessa patologia contribuem para o agravamento de eventuais doenças orgânicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e o risco de morte. O reconhecimento da depressão no idoso pode ser mais difícil do que em idades anteriores pois nessa faixa etária, tanto o profissional quanto o próprio paciente podem atribuir a depressão ao processo de envelhecimento (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Corroborando com tais dados, uma pesquisa brasileira realizada com idosos do PSF em Dourados (MS) mostrou que 27% dos idosos participantes possuíam no mínimo três doenças crônicas e apresentavam sintomas depressivos, quando o número de doenças crônicas passa para cinco a depressão afeta 48,1% dos idosos (ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012).

Apesar dos dados indicarem a presença dessas sintomatologias emocionais de modo incisivo nos portadores de HAS e DM, no âmbito da APS do Brasil ainda são incipientes as propostas de avaliação e intervenção que consideram os processos psicológicos como parte dos elementos envolvidos em seus cuidados. Enfatiza-se que a depressão aumenta os custos com assistência médica, considerando que pacientes com sintomas depressivos tem pior adesão ao tratamento medicamentoso para controle de HAS e DM.

O caderno 34 lançado pelo Ministério da Saúde (2013), que trata do acolhimento à demanda espontânea divulgou diretrizes e ferramentas para esse modelo de cuidado em saúde mental, compreendendo a APS como um nível de atenção estratégico que pode ser realizado por todos que compõe a equipe multiprofissional. Um dos passos iniciais é reconhecer sintomatologias diversas, bem como compreender que algumas podem se fazer mais prevalentes, para, a partir de então, serem utilizadas estratégias de acolhidas e momentos de reflexão tendo como legítima a habilidade de empatia como uma intervenção em saúde mental que deve ser comum a todos os atuantes na área.

Nesse contexto, a participação dos profissionais da saúde (de forma multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional) é de grande relevância para atuarem na prevenção de agravos e doenças, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do idoso, de

forma ampliada e integrada, visualizando para além a doença, vislumbrando seus anseios, sentimentos, história de vida e capacidades funcionais (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2017).

Ademais, não podemos deixar de citar a necessidade de reconhecer a importância da atuação do Enfermeiro ao paciente portador de depressão, pois é fundamental que o idoso receba orientações sobre sua doença. E o cuidado, destinado a essa clientela vai mais além que o cuidado de si próprio, pois deve abranger todos aqueles que estão envolvidos no seu cotidiano (MENESES; MENDES, 2014). O aumento dos casos de depressão justifica pontuar a necessidade de uma maior capacitação dessa classe de profissionais a fim de gerar reflexão sobre a maneira de atuação, além da busca de novos conhecimentos sobre a doença.

Estratégias como promoção e prevenção de saúde, capacitação em saúde mental, ações intersetoriais entre as RAS, inclusão das equipes do NASF e RMSF, discussão de casos, interconsultas, apoio matricial e construção conjunta de projetos terapêuticos são modos de se trabalhar a saúde integral desta população.

CONCLUSÕES

Os objetivos do estudo foram avaliar a presença e o nível de sintomas depressivos entre idosos portadores de HAS e DM e os não portadores dessas patologias, verificando a associação entre depressão e aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais dos mesmos. A hipótese do estudo foi confirmada à medida que se verificou níveis mais elevados de sintomas depressivos nos idosos portadores de HAS e DM.

O perfil sociodemográfico revelou diferença estatisticamente significativa nas proporções entre os casos e controles relacionada à variável sexo. A proporção dos casos entre as mulheres (70,8%) foi maior que a dos homens (29,2%) ($p=0,005$). Não se encontrou diferença entre as proporções nas variáveis: faixa etária ($p=0,726$), estado civil ($p=0,127$), anos de estudo ($p=0,058$), procedência ($p=0,128$), renda familiar ($p=0,243$) e número de moradores ($p=0,825$), demonstrando a homogeneidade dos dados.

Quanto aos aspectos clínicos e comportamentais a maioria dos idosos não pratica atividade física regular (62,3%), não participa de grupos existentes na comunidade (58,5%), tomam a medicação regularmente (90,6%), estão com a pressão arterial e glicemia controladas (80,2%; 64,2%) e não sofreram hospitalizações (58,5%). As médias da EDG-15 demonstraram valores mais elevados nos casos que não praticam atividade física ($6,2 \pm 3,3$), que estão com a pressão arterial e glicemia descontroladas ($6,7 \pm 2,7$; $6,7 \pm 3,5$), que passaram por hospitalizações ($6,3 \pm 3,2$) e que participam de atividades grupais ($5,9 \pm 3,1$).

Constatou-se que 37,6 % dos idosos apresentaram sintomas depressivos, ao passo que 33,8% (n= 71) apresentaram depressão leve a moderada e 3,8% (n=8) depressão grave. Após análise comparativa entre casos e controles, 53,8% dos casos apresentaram sintomas de depressão, enquanto nos controles, os percentuais foram de apenas 21,2%. A chance de ter depressão entre os casos foi de 4,3 vezes mais do que os controles (IC95%: 2,3 – 7.9) (p=0,003). Relacionado as variáveis sociodemográficas nos casos com depressão, as associações estatisticamente significantes ocorreram com o sexo feminino (p<0,001), estado civil casados (p<0,001), renda familiar superior a um salário mínimo (p<0,001) e baixa escolaridade (p<0,001).

Os resultados indicam a importância da depressão como doença frequente na população idosa, especialmente entre os que possuem multimorbidades, considerando que as doenças crônicas, comuns entre os idosos, diminuem a qualidade de vida e causam restrições que interferem na saúde mental dos mesmos.

Destaca-se a relevância de boas práticas de rastreamento por meio de instrumentos simples, de custo baixo e que são capazes de identificar os riscos e dimensões de adoecimento, como estratégia para consolidação de programas de prevenção e controle da doença depressiva por meio de ações da equipe multiprofissional.

Ressaltamos que o processo da coleta de dados foi exaustivo no sentido de atender os itens metodológicos e éticos, evitando vieses, constrangimentos e prejuízos à assistência na atenção primária. Entretanto outras demandas surgiram da vivência, além da sensibilização dos próprios idosos quanto ao estado mental. Dessa forma com a caracterização dos idosos e a associação da depressão com as doenças crônicas atendemos aos objetivos e a relevância social da pesquisa.

A ESF desempenha papel fundamental no acompanhamento às famílias, atuando como coordenadora e ordenadora do cuidado. No município de Sobral o modelo de atenção à saúde é voltado para as condições crônicas, entretanto muitos idosos com hipertensão e diabetes já apresentam sintomas depressivos, portanto é preciso informar, capacitar, formar, habilitar e gerar novos instrumentos e práticas para enfrentar essa realidade cruel e crescente.

O estudo tem limitações à medida que inclui somente dois CSF, porém tem relevância por se tratar de uma amostra significativa dentro do universo pesquisado. A continuidade da pesquisa a respeito desta população, inclusive realizando-se estudos qualitativos, será de grande importância no sentido de obter sucesso nesta desafiadora missão de equacionar práticas de prevenção para esta população tão afetada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. S.; SANTOS, W. L. Conhecimento Dos enfermeiros Quanto ao tratamento da depressão na terceira idade. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 2, p. 177-184, 2014.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, 1999.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- ALMEIDA, M. A. S. O. *et al.* Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 627, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Vagner_Ferreira_Do_Nascimento/publication/295541043. Acesso em 18 set. 2019.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C.; FACCENDA, O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012.
- AMARAL, G. F. do *et al.* **Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial.** 2007.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Health professional1s about the difficulties faced by the elderly. **J Nurs UFPE on line** [Internet]. 2014[Cited 2015 Jan 25];v. 8, n. 11. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6211/pdf_6539. Acesso em: 29 out 2018.

ANDRADE, D. D. B. C. *et al.* Depressão e sua relação com a adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva em idosos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 3, p. 305-315, 2019.

APÓSTOLO, J. L.; LOUREIRO, L. M.; REIS, I. A.; SILVA, I. A.; CARDOSO, D. F.; SFETCU, R. Contribuição para a adaptação da geriatric depression scale -15 para a língua portuguesa. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 3, p. 65-73, 2014.

AYERBE L. *et al.* Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. **Br J Psychiatry**. v. 202, n. 1, p. 14-21, 2013.

BATISTA, S.R. A complexidade da multimorbidade. **J ManagPrim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 125-126, 2014.

BÄCHLE, C. *et al.* Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. **PLoS One**, v. 10, n. 6, p. e0131027, 2015.

BACKES, D. S.; PEREIRA, A. D.; MARCHIORI, M. T.; RUPOLO, I.; BACKES, M. T. S.; BUSCHER, A. Vínculo profissional usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. *Av Enfrm. Florianópolis*. v. 33, n. 2, p. 222-229, 2015.

BANDEIRA, C. B. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 15, p. 189-204, 2008. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/171>. Acesso em: 10 set. 2019.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.

BATISTA, P.; SANTOS, J. C. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 12, p. 17- 24, 2014.

BELÉM PLO. *et al.* Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba.

Rev.Bras.Geriatr.Gerontol. v. 19, n. 2, p. 265-276, 2016.

BENTO, SIRLEI RICARTE. *et al.* Uso de jogo digital terapêutico em idosos em tratamento dialítico: aspectos cognitivos e sintomas depressivos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 447-455, ago. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400447&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 ago 2019.

BORIN, F. S. A. *et al.* Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

BRETANHA, A. F. *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18, p. 1-12, 2015.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004. Disponível em: <https://goo.gl/Afh27d> . Acesso em: 18 nov. 2019.

_____. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica; nº 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 25 jun 2018.

_____. 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, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v.

_____. **Diretrizes para cuidados das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral**. Ministério da Saúde. 2014

_____. **Projeção da população do Brasil e das unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

BÜCHTEMANN, D., LUPPA, M., BRAMESFELD, A.; RIEDEL-HELLER, S. I. Incidence of late-life depression: a systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 142, n. 1-3, p. 172-179, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032712002947>. Acesso em: 07 set. 2019.

CAIRES, J. S. *et al.* A Utilização das Terapias Complementares nos Cuidados Paliativos: Benefícios e Finalidades. **Cogitare Enfermagem**. v. 19, N. 3, p. 514-520, 2014.

CAMARANO, A. A. **Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – Região Nordeste**. Brasília: IPEA, 2008.

CAMARANO, A.A. Perspectivas para Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 603-608. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982013000200014&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 29 Out. 2018.

CAMARGO, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1460-1472, 2015. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701460.

Acesso em: 10 ago. 2019.

CARNEIRO, J. P.; CABRAL, H. A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 32, n. 2, p. 118-124, 2016.

CASTELO, M. S. *et al.* Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. **International psychogeriatrics**, v. 22, n. 1, p. 109-113, 2010. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/validity-of-the-brazilian-version-of-the-geriatric-depression-scale-gds-among-primary-care-patients/A6ED434968E1A65899C3DADDF963DE44>. Acesso em: 20 set. 2019.

CASTRO, M. *et al.* Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. **Rev. baiana saúde pública**, v. 30, n. 2, p. 211-223, 2006. Disponível

em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1361/962>. Acesso em: 21 ago. 2019.

CHISHOLM, D.; DIEHR, P.; KNAPP, M. *et al.* Depression Status, Medical Comorbidity and Resource Costs. **The British Journal of Psychiatry**, v. 183, n. 2, p. 121-131, 2003.

Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C4E0CA1B9F1305929C37280C419E8559/S0007125000162610a.pdf/depression_status_medical_comorbidity_and_resource_costs.pdf. Acesso em: 18 mai. 2019.

CHODOSH, J.; MILLER-MARTINEZ, D.; ANESHENSEL, C.S.; WIGHT, R.G.; KARLAMANGLA, A. S. Depressive Symptoms, Chronic Diseases, and Physical Disabilities as Predictors of Cognitive Functioning Trajectories in Older Americans. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 12, p. 2350-2357, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03171.x>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CLEGG, A.; YOUNG, J.; ILIFFE, S.; RIKKERT, M. O.; ROCKWOOD, K. **Frailty in elderly people. Lancet**. 2013[citado em 2016 abr. 20]; v. 381, p.752-62. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23395245> DOI: 10.1016/S0140- 6736(12)62167-9. Acesso em: 29 out 2018.

CONWELL, Y. Desafios para a prevenção de suicídios na idade avançada. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1652-1653>. Acesso em: 06 set 2019.

COOPER, J.; HARRIS, Y.; MCGREADY, J. Sadness Predicts Death in Older People. **Journal of aging and health**, v. 14, n. 4, p. 509-526, 2002.

CORDEIRO, F. R.; PINHEIRO, M. S.; CORREIO, D. A. C. Sobre o envelhecimento, a mídia e a morte no contemporâneo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46243/36698>. Acesso em: 20 mai. 2019.

DALLA LANA, L.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838839019.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

DIMATTEO, M.R.; LEPPER H.S.; CROGHAN, T.W. - Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. **Archives of internal medicine**, v. 160, n. 14, p. 2101-2107, 2000. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485411> Acesso em: 25 abr. 2019.

DE SOUZA, G. N. P. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 20, p. 43-50, 2018.

DO NASCIMENTO, L. F.; CAVALCANTE, M. M. Abordagem quantitativa na pesquisa em educação: investigações no cotidiano escolar. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 11, n. 25, p. 249-260, 2018.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 126-134. 2012. Disponível em: Acesso em: 05 jul. 2018.

DUTRA, D. D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787> . Acesso em: 18 set. 2019.

ESLABÃO, A. D. *et al.* Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v. 38, n. 1, 2017.

ESPERANDIO, M. L *et al.* Prevalência e fatores associados à Hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. Bras. Geriatria/Gerontologia**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300007. Acesso em: 20 jun. 2018.

EZZATI, M. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *The Lancet*, London, p. 37-55, nov. 2016.

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

FRADE, J.; BARBOSA, P.; CARDOSO, S.; NUNES, C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não- institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**. n. 4, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000100005&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 24 jul. 2018.

FRANK, M. H., & RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. *In: Freitas, E. V., & Py, L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 391-403. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Koogan. 2016.

GARCÍA-CASAL, J. A. *et al.* Computer-based cognitive interventions for people living with dementia: a systematic literature review and meta-analysis. **Aging & mental health**, v. 21, n. 5, p. 454-467, 2017.

GARIN, Noe *et al.* Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. **PLoS one**, v. 9, n. 11, p. e111498, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111498>. Acesso em: 19 out. 2019.

GARUZI, M.; ACHITTI, O.; SATO, C. A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

GONCALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

GONZÁLEZ, A. C. T. *et al.* Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016.

GRAEFF, B. The relevance of the notion of urban ambiances to the theme of the rights of the elderly: Brazilian perspectives. **Rev. Bras. Geriatrgerontol.** v. 17, n. 3, p. 611-625, 2014.

GRITTI, C. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, 2015.

GULLICH I, DURO SMS, CESAR JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev.Bras. Epidemiol.** v. 19, p. 691-701, 2016.

GÜTHS, J. F. S *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

HAJJAR, R.; NARDELLI, G. G.; GAUDENCI, E. M.; DA SILVA, S. Á. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 6, p. 727-733, 2017.

HANLON, C. *et al.* District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. **The British journal of psychiatry**, v. 208, n. s56, p. s47-s54, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153767>. Acesso em: 18 nov. 2019.

HERMANN, N.; CAPUTO, S.; DZIDA, G.; KHUNTI, K.; MENEGHINI, L.; SNOEK, F. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. **Primary care diabetes**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991812002227>. Acesso em: 15 fev. 2019.

HOFFMANN, E. J. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 190-7, 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2000 e do Censo de 2000**. Rio de Janeiro, IBGE, 2003

_____. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Diretoria de pesquisas. Coordenação de Trabalho e rendimento. Rio de Janeiro: 2014.

KATON, W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 13, n. 1, p. 7, 2011.

KATON, W.; SULLIVAN, M.; WALKER, E. Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma and Personality Traits. **Annals of internal medicine**, v. 134, n. 9, p. 917-925, 2001.

KESSLER, R.; GREENBERG, P.; MICKELSON, K. *et al.* The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. **Journal of occupational and environmental medicine**, v. 43, n. 3, p. 218-225, 2001. Disponível em: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2001/03000/The_Effects_of_Chronic_Medical_Conditions_on_Work.9.aspx. Acesso em: 20 jul. 2019.

KUPFER, D.J.; FRANK, E. Comorbidity in Depression. **Acta Psychiatr Scand.** v. 108, 2003.

JANE, F. M.; DAVIS, S. R. A practitioner's toolkit for managing the menopause. **Climacteric**, v. 17, n. 5, p. 564-579, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2014.929651>. Acesso em: 09 nov. 2019.

JESTE, D. V. *et al.* Association Between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. 2013. **Am J Psychiatry.** v. 170, n. 2, p. 188-196, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6.ed.5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LEAL, M. C. C. *et al.* Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 208-214, 2014.

LEVORATO, C.D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

LICHTMAN JH. *et al.* Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation.** v. 129, n. 12, p. 1350-1369, 2014.

LIMA, A. M. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, p. 96-103, 2016.

LOPES, M. V. O; LIMA, J. R. C. Análise de Dados Epidemiológicos. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Epidemiologia e Saúde. 7. Ed. Rio de Janeiro. 2013.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalence of dementia in several regions of the world: analysis of epidemiologic studies from 1994 to 2000. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2002000100012&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 20 fev. 2019.

MACHADO, L. E.; CAMPOS, R. O IMPACTO DA DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA A SAÚDE PÚBLICA. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627/497>. Acesso em: 05 set. 2019.

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr**, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006.

MAGALHÃES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **REME rev. min. enferm**, v. 20, 2016.

MALACHIAS, M. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0007.pdf>. Acesso: 29 out. 2018.

MALTA, D. C *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MANSO, M. E. G.; DE SOUSA, J. R. P; DE OLIVEIRA, H. S. B. Análise do perfil neurogeriátrico de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 215-226, 2018.

MÄNTYSELKÄ, P. *et al.* Association of depressive symptoms with impaired glucose regulation, screendetected, and previously known type 2 diabetes findings from the Finnish D2D Survey. **Diabetes Care**, v. 34, n. 1, p. 71-76, 2011. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/34/1/71.abstract>. Acesso em: 18 de fev. 2019.

MARTEL, M. R. F.; COLUSSI, E. L.; MARCHI, A. C. B. D. Effects of a video game-based intervention on the attention and functional independence of older adults after cerebrovascular accident. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 52-58, 2016.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. de O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 801-813, 2017.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENESES, IS; MENDES, DRG. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SENA AIRES**, n. 2, p.177-184, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). *et al.* **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MINGHELLI, B.; TOME, B.; NUNES, C.; NEVES, A.; SIMOES, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/63036>. Acesso em: 01 set. 2019

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 462-474, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>. Acesso em: 18 nov. 2019.

NASCIMENTO, D.; BRITO, M. A.; SANTOS, A. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar da cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **JMPHC | Journal of**

Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, v. 4, n. 3, p. 150, 2 fev. 2014.
Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/182>. Acesso em: 29 out 2018.

NEVES, I.; ALVES, L.; GONZALEZ, C. Jogos digitais nas classes hospitalares: desbravando novas interfaces. 2016.

NOBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; VIEIRA, J. C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 536-550, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>. Acesso em: 16 jun. 2018.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1172, 2015. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2505-8>. Acesso em: 15 set. 2019.

OLIVEIRA, M. F. D.; BEZERRA, V. P.; SILVA, A. O.; ALVES, M. D. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; CALDAS, C. P. The symptomatology of self-referred depression by elderly people who live in a shantytown. **Ciencia & saude coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Linha guia da saúde do idoso. Curitiba: SESA, 2017.

PARDAL, A. **Suporte social, Sintomas de Ansiedade e Depressão e Satisfação com a vida em Idosos sob Resposta Social**.01-32. Trabalho de Conclusão de Curso, Dissertação (Mestrado) – Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra, 2011. Disponível em:http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/129/1/AlexandraPardal7166_TesedeMestrado.pdf. Acesso em 11 set. 2019.

PEYROT, M.; BURNS, K. K.; DAVIES, M. *et al.* Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. **Diabetes research and clinical practice**, v. 99, n. 2, p. 174-184, 2013.

PEZAVENTO, K.; RIBEIRO, F. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos**, p. 95-102, 2018.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2489-2498, 2015.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O. MAKDISSE, M.; CARVALHO, A. A. Reliability and validity of the geriatric depression scale in elderly individuals with coronary artery disease. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 5, p. 570-579, 2010

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E. R. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 247-269, 2017.

RAVELLI *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.** v.18, n.3, 506-12, 2009.

- RENNÓ, J. J. Depressão: família e preconceito são os maiores empecilhos ao tratamento. As causas da depressão são desconhecidas. **Redação Vya Estelar**, 2016.
- RIBEIRO, Marcos Aguiar et al. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 1, p. 29-38, 2019.
- ROCHA-BRISCHILIARI, S.C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Rev Bras Cardiol.* v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.
- RODRIGUES, J.; DESCHAMPS, A. L. P.. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.
- RODRIGUES, L.R.; SILVA, A. T. M.; DIAS, F. A.; FERREIRA, P.C.S.; SILVA, L. M. A.; VIANA, D.A.; *et al.* Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 278-85, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20782/16963>. Acesso em: 06 jul. 2018.
- ROSA, A. F. F.; DE LISBOA, T. OS. DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE. 2019.
- SANTOS, I. S. *et al.* Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.
- SANTOS, C. A. *et al.* Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 751-760, 2015.
- SANTOS, P.H. S *et al.* Perfil da Mortalidade por Depressão em Idosos no Estado da Bahia. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 245-256, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/33208>. Acesso em: 06 set. 2019.
- SILGUERO, S. A. A. et al. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 49, n. 2, p. 51-58, 2014.
- SILVA, S. S. B. E. da. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 50, p.50-58, 2016.
- SILVA RC, FERREIRA MA. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev.Bras. Enferm.** v. 67, n. 1, p. 111-118, 2014.
- SILVA, P. C. S.; MONTEIRO, L. A.; GRACIANO, A. D. S.; TERRA, F. S.; VEIGA, E. V. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 151-157, 2014.

SILVA, L. C. S. D.; CUNHA, L. P.; CARVALHO, S. M.; TOCANTINS, F. R. Necesidades de salud de la mujer mayor en el contexto de la atención primaria de salud: revisión integral. **Enfermería Global**, v. 14, n. 40, p. 375-388, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision4.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SIMONSICK, E. M.; WALLACE, R. B.; BLAZER, D. G.; BERKMAN, L. F. Depressive symptomatology and hypertension-associated morbidity and mortality in older adults. **Psychosomatic medicine**, v. 57, n. 5, p. 427-435, 1995.

SIQUEIRA, G. R.; VASCONCELOS, D. T.; DUARTE, G.C.; ARRUDA, I. C.; COSTA, J. A. S.; CARDOSO, R. O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 253-259, 2009.

SOUZA, R. A. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 469-476, 2014.

STOPA, S. R. *et al.* Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 170-180, 2015.

TEIXEIRA, C. M.; NUNES, F. M. S.; RIBEIRO, F. M. S.; ARBINAGA, F.; VASCONCELOS-RAPOSO, J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 16, n. 3, p. 55-66, 2016.

TESTON, E. F.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267031414018.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

TOCCI, G.; FERRUCCI, A.; BRUNO, G.; MANNARINO, E.; NATI, G.; TRIMARCO, B.; VOLPE, M. Prevalence of metabolic syndrome in the clinical practice of general medicine in Italy. **Cardiovascular diagnosis and therapy**. v. 5, n. 4, p. 271, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536471/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

TIONGS WW. *et al.* Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore. **Aging Ment Health**. v. 17, n. 6, p. 724-731, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Universidade aberta do SUS (UNA), Notícias. Casos de depressão entre idosos variam 4,7% a 36,8% no Brasil. Disponível em Acesso em Nov. 2017.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs (US). Population Division. World Population Prospects, the 2015 revision. New York: **Department of Economic and Social Affairs**, 2015. Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>. Acesso em: 29 out. 2018.

UNÜTZER, J.; PATRICK, D.; MARMON, T. *et al.* – Depressive Symptoms and Mortality: a Prospective Study of 2558 Older Adults. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 10, n. 5, p. 521-530, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748112618065>. Acesso em: 12 fev. 2019.

VAUGHAN, L.; CORBIN, A. L.; GOVEAS, J. S. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clinical interventions in aging**, v. 10, p. 1947, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687619/>. Acesso em: 18 out. 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1189-1213, 2013.

VON KORFF, M.; ORMEL, J.; KATON, W.; LIN, E. Disability and Depression Among High Utilizers of Health Care: a Longitudinal Analysis. **Archives of general psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 91-100, 1992.

WAGNER, G. A. Treatment of depression in older adults beyond fluoxetine. **Revista de saude publica**, v. 49, p. 20, 2015.

WANG, H. M.; BEYER, M.; GENSICHEN, J.; GERLACH, F. M. Healthrelated quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 246, 2008. Disponível em: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-246>. Acesso em: 24 abr. 2019.

World Health Organization (WHO). Global Status Report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2019 fev. 16]. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 20 abr. 2019.

WHO. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/. Acesso em: 18 nov. 2019.

YAMAMOTO, H. H.; ARAUJO, J. M.; LIMA, S. M. R. R. Síndrome metabólica na após a menopausa: prevalência da hipertensão arterial em mulheres com sobrepeso e obesidade/Metabolic syndrome after menopausal: prevalence of hypertension in overweight and obesity women. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 62, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/84>. Acesso em: 09 nov. 2019.

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.** v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Caro Senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa como voluntário (a). Após esclarecimentos sobre as informações a seguir, assine ao final deste documento caso aceite fazer parte do estudo. Em caso de recusa o Senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisa: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*: sinais e sintomas de depressão em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadores:

Eliany Nazaré Oliveira (orientadora)

Magda Almeida Freire (pesquisadora)

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o nível de depressão entre os grupos de idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e os não portadores acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. Para sua concretização será realizada uma entrevista com o(a) senhor(a) atendido(a) por esta Unidade Básica de Saúde do município.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, todavia, comprometo-me em minimizar os riscos a partir da codificação das informações de maneira a buscar preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas; perguntas elaboradas cuidadosamente de maneira a evitar possíveis constrangimentos; esclarecimento de que o participante poderá se recusar a responder e/ou sair da pesquisa em qualquer momento.

Este estudo implicará apenas na sua disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita neste CSF onde você é atendido e contaremos com cerca de 30 minutos da sua atenção. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

A pesquisa apresenta ainda benefícios no que se refere ao compromisso de devolver os resultados ao serviço, bem como aos profissionais envolvidos, além de identificar situações passíveis de mudanças e que possibilite o alcance de metas favoráveis às necessidades reais da população assistida por cada UBS.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtornos para os que participarem. Todas as informações sobre sua identificação, obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Clotário Aguiar Araújo, 209, Campo dos Velhos, Sobral - Ceará. Telefone: (88)99221-4261. E-mail: magda.afreire@gmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Magda Almeida Freire

Eu, _____, portador do RG: _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento será submetido(a). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que meu nome não

será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação no estudo.

Sobral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

IDENTIFICAÇÃO:

Data da entrevista: ___/___/___

1. Gênero: () MASCULINO () FEMININO

2. Idade: _____ **Data de nascimento:** _____

3. Estado Civil:

() Solteiro(a)

() Casado(a)

() Separado(a)/Divorciado(a)

() Viúvo(a)

4. Quantos anos o Sr (A) estudou? _____

5. Qual a sua ocupação: _____

6. Qual a renda familiar? _____ reais

7. Qual a sua Renda? _____ reais

8. Quantas pessoas moram na casa? _____

9. A casa é:

() Casa própria

() Alugada

() Financiada

() Cedida

10. O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?

- Nunca fumou
- Ex-fumante há mais de 6 meses
- Ex-fumante há 6 meses
- Fumante

11. Costuma tomar bebidas alcoólicas?

- Nunca bebe
- Eventualmente
- 1 a 2 vezes/semana
- 3 a 6 vezes/semana
- Diariamente

12. Faz atividade física regular?

- Sim Não

13. Faz alguma dieta ou toma algum cuidado com a alimentação?

- Sim Não

14. Se sim, qual?

- Dieta Hipocalórica;
- Restrição de sal;
- Restrição de açúcar;
- Restrição gorduras;

15. O Sr.(a) participa de algum grupo ou clube de sua comunidade?

- Sim Não

16. Se sim, qual?

- Grupo de convivência
- Grupo de atividade física
- Grupo de Hiperdia
- Grupo de Saúde Mental
- Grupo de Oração

17. O Sr (a) sabe o que é hipertensão ou pressão alta e/ou diabetes?

- Sim Não

18. Se sim, o que é?

- Aumento da pressão e glicemia
- Aumento do sal e açúcar
- Doença do coração

19. Há quanto tempo o Sr (a) descobriu as doenças? _____

20. O Sr (a) toma as medicações regularmente conforme a prescrição médica?

- Sim Não

21. Sua pressão arterial esta controlada?

() Sim () Não

22. Seu índice glicêmico está controlado?

() Sim () Não

23. O Sr (a) já foi hospitalizado alguma vez devido à hipertensão e/ou diabetes?

() Sim () Não

24. Se sim, quantas vezes? _____

25. O Sr (a) toma outras medicações que não seja para hipertensão e diabetes?

() Sim () Não

26. Se sim, quais são? _____

ANEXO 1

Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM (1) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM (0) NÃO
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM (0) NÃO
D.4) Você se aborrece com frequência?	(1) SIM (0) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM (0) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM (0) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM (0) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM (0) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM (1) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM (0) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM (1) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM (0) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM (0) NÃO

PONTUAÇÃO: _____

