

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ALCYR LEAL CÂNDIDO

**A DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ESPÍRITO SANTO:
UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL**

**VITÓRIA
2021**

ALCYR LEAL CÂNDIDO

**A DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ESPÍRITO SANTO:
UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Janice Gusmão Ferreira de Andrade.

Co-orientadora: Prof.^a Dr^a Maristela Dalbello-Araújo.

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES
2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C217d Cândido, Alcyr Leal
A depressão em idosos no Espírito Santo : uma análise
bibliográfica e documental / Alcyr Leal Cândido. - 2021.
72 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2021.

1. Depressão - idosos. 2. Saúde mental - idosos. 3. Transtorno
mental - idosos. 4. Idosos – estudo - estatísticas. I. Ferreira, Janice
Gusmão. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.26

ALCYR LEAL CÂNDIDO

**A DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ESPÍRITO SANTO:
UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 23 de abril de 2021.

BANCA EXCAMINADORA

Prof.^a Dr^a Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local - EMESCAM

Prof. Dr^o Renato Almeida de Andrade
Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais
UFES
Examinador Externo

Prof. Dr^a Silvia Moreira Trugilho
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local - EMESCAM
Examinadora Interna

Uma dedicação especial há quem muito me ajudou e esteve ao meu lado: Deus!

Aos meus familiares, Heloisa Helena e Maria Helena, pelo incentivo durante toda minha vida aos estudos.

Minha sogra Ruth Vaiana Baiense pelas orações que fizeram pelo sucesso desse estudo!

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus, a minha esposa pelo seu companheirismo e compreensão que me deram forças para iniciar e terminar essa jornada. Aos meus familiares pelo incentivo durante toda a minha vida aos estudos e pela torcida que fizeram pelo sucesso desse estudo.

À minha orientadora Dr^a Prof^a. Janice, pelo acompanhamento durante este trabalho, pela oportunidade deste aprendizado e por toda a valiosa contribuição nesta dissertação.

"É melhor tentar e falhar que ocupar-se em ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que nada fazer. Eu prefiro caminhar na chuva a, em dias tristes, me esconder em casa. Prefiro ser feliz, embora louco, a viver em conformidade. Mesmo as noites totalmente sem estrelas podem anunciar a aurora de uma grande realização. Mesmo se eu soubesse que amanhã o mundo se partiria em pedaços, eu ainda plantaria a minha macieira. O ódio paralisa a vida; o amor a desata. O ódio confunde a vida; o amor a harmoniza. O ódio escurece a vida; o amor a ilumina. O amor é a única força capaz de transformar um inimigo num amigo [...]".

(Martin Luther King Jr.)

RESUMO

Tendo em vista o crescimento exponencial da população idosa e o aumento da população acometida pelo transtorno depressivo, este estudo teve como OBJETIVO GERAL caracterizar os serviços de saúde de atenção à população idosa com depressão no município de Cachoeiro de Itapemirim, no Estado do Espírito Santo. São nossos OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) realizar estudo bibliográfico acerca de depressão em idosos e suas formas de tratamento; b) caracterizar as ações da política de saúde existente para o tratamento depressão em idosos. METODOLOGIA: trata-se de estudo de caráter bibliográfico, documental e qualitativo. RESULTADO: As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores biopsicossociais. No município de Cachoeiro de Itapemirim está munido dos serviços em saúde: Secretaria Municipal e Saúde, Unidade Básica de Saúde; Postos de Saúde como, AMA (Assistência Médica Ambulatorial), Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programas de Saúde da Família (PSF). CONCLUSÃO: Embora haja serviços e equipamentos disponíveis, ainda ocorrem dificuldades na aquisição de medicamentos por parte dos idosos, fazendo com que o atendimento a este público seja um pouco mais demorado do que em outras regiões.

Palavras chave: Idoso. Depressão. Transtorno Mental. Políticas Públicas. Políticas de saúde.

ABSTRACT

In view of the exponential growth of the elderly population and the increase in the population affected by depressive disorder, this study had as its GENERAL OBJECTIVE to characterize the health care services for the elderly population with depression in the city of Cachoeiro de Itapemirim, in the State of Espírito Santo. Our SPECIFIC OBJECTIVES are: a) to carry out a bibliographical study about depression in the elderly and its forms of treatment; b) characterize the actions of the existing health policy for the treatment of depression in the elderly. METHODOLOGY: this is a bibliographic, documentary and qualitative study. RESULT: The causes of depression in the elderly are configured within a broad set of components where biopsychosocial factors act. In the municipality of Cachoeiro de Itapemirim, it has health services: Municipal Health Department, Basic Health Unit; Health posts such as AMA (Ambulatory Medical Assistance), Family Health Strategy Program (ESF) and Family Health Programs (PSF). CONCLUSION: Although there are services and equipment available, there are still difficulties in the acquisition of medicines by the elderly, making the service to this public a little longer than in other regions.

Keywords: Elderly. Depression. Mental Disorder. Public policy. Health policies.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DSM-5	Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Institute of Medicine of the National Academies
ISRSs	Inibidores seletivos da receptação da serotonina
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PBE	Prática Baseada em Evidências
SNRI	Inibidor seletivo da receptação da noradrenalina

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação entre os fatores de risco e de proteção de indivíduos idosos	28
Quadro 2- Elementos cruciais da história	37
Quadro 3 - Medicamentos antidepressivos comumente usados para adultos mais velhos para depressão grave	42
Quadro 4 - Principais pontos críticos da depressão em idosos	56
Quadro 5 - Critérios de diagnóstico do DSM-5 para transtorno depressivo	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Geográfico de Cachoeiro do Itapemirim	19
Figura 2 - Características sociodemográficas dos idosos frequentadores Centro de Convivência de Vitória/ES	47
Figura 3 - Características Antropométricas no ES	48
Figura 4 - Comparação do estilo de vida entre os grupos com e sem sintomas depressivos das idosas frequentadoras Centro de Convivência de Vitória/ES	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	15
1.2. OBJETIVOS	17
1.2.1 objetivo geral	17
1.2.2 Objetivo específicos	17
1.3 METODOLOGIA	17
 2. CAPÍTULO 1	 22
2.1 ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI: UMA CELEBRAÇÃO E UM DESAFIO	22
2.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE IDOSOS	25
2.3. MUDANÇAS SOCIAIS, ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS ENTRE OS IDOSOS	29
2.4 EVIDÊNCIAS DA DEPRESSÃO EM IDOSOS: ESTRATÉGIAS E DE ATENÇÃO	34
2.5 PSICOTERAPIA	38
2.6. PROCEDIMENTOS FARMACOTERÁPICOS	40
 3. CAPÍTULO 2	 46
3.1. DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	46
3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE EM ATENÇÃO AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE CACHEIRO DE ITAPEMIRIM NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	50
3.3. PRINCÍPIOS DE TRATAMENTO E ESCOLHA DO ANTIDEPRESSIVO	58
 4 CONCLUSÃO	 61
 REFERÊNCIAS	 63

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana em saúde (OPAS), a depressão é uma das grandes preocupações dos séculos XXI. Desde o início da década dos anos 2000 já se identificava a depressão como uma das principais causas de incapacitações, se destacando entre a dez principais causas de patologias em todo o mundo.

Em dias atuais, constata-se que um (01) em cada quatro (04) pessoas nas Américas sofrem algum tipo de transtorno mental ou fazem uso de substâncias para tratamento de algum distúrbio durante a vida, informa a Organização Pan-americana em saúde (2021). Na compreensão de que não existe saúde física sem saúde mental e que esta provoca grandes impactos na vida dos indivíduos e suas famílias, no convívio social e econômico, a temática saúde mental vem ganhando visibilidade, principalmente, a partir dos anos 2000, entrando para agenda política de grandes Organizações em nível mundial.

Segundo a OPAS/OMS (2021), a depressão é um transtorno comum, mas sério, que interfere na vida diária, na capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais, psicológicos e sociais.

A depressão grave é actualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. Se estiverem correctas as projecções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (OMS, 2002, p. 7).

A preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) com a saúde mental nas últimas décadas é relevante e suas projeções foram assertivas quando se constata, em tempos atuais, um aumento exponencial de pessoas acometidas pelo transtorno depressivo. Em 2021 identificou-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem do transtorno depressivo, tornando-se a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribuindo de forma importante para a carga global de doenças, atingindo em maior quantidade as

mulheres, podendo chegar a extremos, como suicídio, quadro que foi intensificado no período da Pandemia da covid-19 (OPAS/OMS, 2021).

Segundo a OMS, estudos apontam que a depressão é cada vez mais frequente e comum em pessoas com comorbidade e com idade avançada.

É comum a ocorrência simultânea de duas ou mais perturbações mentais no mesmo indivíduo. Isto não é muito diferente da situação das perturbações físicas, que tendem também a ocorrer juntas muito mais frequentemente do que poderia ser explicado pelo acaso. É particularmente comum com o avanço da idade, quando diversas perturbações físicas e mentais podem co-ocorrer. Os problemas de saúde física podem não só coexistir com distúrbios mentais, como a depressão, como podem também prognosticar o início e a persistência da depressão (GEERLING apud OMS, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, a depressão tem maior prevalência entre idosos de 60 a 64 anos. Os fatores causadores são diversos, com destaque para os de aspectos biopsicossocial, como o abandono familiar e o sentimento de inutilidade (TUMAS apud LOURENÇO, 2021).

A compreensão sobre a depressão como doença e seu protocolo de tratamento é heterogêneo e marcado por divergências, assim, nosso trabalho se apoia no entendimento de que tal doença se relaciona a fatores biopsicossociais. Desta forma, concordamos com Baztán (2008),

La depresión se caracteriza por ser un “hundimiento vital” en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas. En occidente, la depresión constituye el fenómeno epidemiológico más importante, con tendencia a crecer. Podríamos decir que la frustración derivada del individualismo occidental lleva a la depresión, y ésta a la drogadicción. Estudiar, pues, la depresión nos permite comprender al hombre actual, desde su dimensión más frágil, como ser práctico y mortal (BAZTÁN, 2008, p. 563).

Dada as implicações do aumento de pessoas acometidas pelo transtorno depressivo e o aumento exponencial da população idosa que delimitamos nosso objeto de estudo na compreensão do transtorno depressivo em idosos. Segundo o IBGE (2019), a população brasileira com 60 anos de idade ou mais cresceu 18,8% entre 2012 a 2017. A mudança no perfil demográfico e epidemiológico do envelhecimento no Brasil é preocupante, pois nos apresenta novas demandas que requerem ações de enfrentamento no campo das políticas públicas e sociais.

Assim, voltamos nossa atenção para o quadro etiológico da depressão na velhice, que é complexo pela heterogeneidade da doença e que é potencializada por alguma comorbidade, particularmente comum nos idosos, decorrente de prováveis mecanismos biológicos, psicológicos e sociais, pode levar a índices maiores de suicídio. Daí o consenso substancial em relação a ampla categoria de fatores de risco para depressão tardia, que incluem vulnerabilidade neurológica mais proeminente, doenças físicas, incapacidades, e eventos estressantes, como luto e prestação de cuidados (BLAZER *et al.*, 2011).

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Conforme alguns autores que traremos aqui em nosso texto, tal associação entre doenças crônicas e sintomas depressivos é bimodal, de modo que a depressão pode precipitar o surgimento de doenças crônicas ou estas podem exacerbar sintomas depressivos por meio dos efeitos diretos na função cerebral ou através de alterações psicológicas e psicossociais (DUARTE; REGO, 2007).

Segundo Karp *et al.* (2008), em pessoas idosas, os mecanismos de cronificação da dor estão relacionados à diminuição da capacidade de adaptação que acompanha o envelhecimento, ao aumento da sensibilidade dolorosa, às comorbidades médicas e psiquiátricas e ao isolamento social. O conhecimento das maneiras pelas quais a idade pode alterar os fatores associados ao seu aparecimento e manutenção é essencial para o tratamento eficaz de idosos deprimidos.

Outro fato importante, percebido por Mojtabai (2014), é a propensão dos idosos deprimidos de manifestarem menos sintomas afetivos e serem mais suscetíveis a exibir alterações cognitivas, sintomas somáticos e perda de interesse do que os adultos mais jovens. Os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de depressão tardia incluem ainda interações complexas entre vulnerabilidades genéticas, diátese cognitiva, alterações neurobiológicas associadas à idade e eventos estressantes.

Alterações cardiovasculares e neurológicas que ocorrem com o envelhecimento normal ou com doenças associadas à idade parecem aumentar a vulnerabilidade à

depressão, somados aos fatores biopsicossociais e a fatores estressantes, como por exemplo, as perdas de entes queridos, incapacidade física, perda de autonomia, perda financeira, etc.

Dessa forma, Saczynski *et al.* (2010) destacam que o início e a manutenção da depressão no idoso podem ser entendidos como uma interação entre certas vulnerabilidades, incluindo fatores genéticos, diátese cognitiva e alterações neurobiológicas associadas à idade e os tipos de eventos estressantes que ocorrem com maior frequência na velhice.

Em resumo, afirma Areán *et al.* (2010), muitas das mudanças que acompanham o envelhecimento podem levar a um menor envolvimento com o meio ambiente, principalmente entre indivíduos com vulnerabilidades existentes. Se esse processo não for interrompido (por exemplo, por meio de incentivo ou apoio para assumir atividades e papéis novos e significativos), o resultado provavelmente será um humor deprimido, mantido e intensificado por cognições autocríticas concomitantes.

É necessário evidenciar a gravidade do problema e prever estratégias de prevenção. O *Relatório Mundial da Saúde, saúde mental: nova concepção, nova esperança sobre a Saúde no Mundo 2001*, significou um grande avanço nesta direção quando, trabalhou no prisma da compreensão da saúde mental, reconhecendo-a no campo da Política de Saúde Pública, canalizando esforços para ações conjuntas através de instituições multilaterais e estabelecendo os princípios:

O primeiro desses princípios é o de que não deverá existir discriminação por doenças mentais. Outro é o de que, na medida do possível, deve conceder-se, a todo o doente, o direito de ter os cuidados necessários na sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo o doente deverá ter o direito de ser tratado de forma menos restritiva e intrusiva, num ambiente o menos limitativo possível (OMS, 2002).

Neste sentido, no Brasil, compreendemos estes princípios contido no texto da Constituição Federal Brasileira de 1998, nas Leis e diretrizes que regem a Política Nacional de Saúde através do Sistema Único de Saúde brasileiro, cujas ações se expressam nos planos, programas e projetos em saúde no âmbito da identificação, da

prevenção, do tratamento, fazendo interface com as outras políticas sociais públicas, tendo em vista o direito ao cuidado e a vida.

É no Sistema Único da Saúde (SUS) que se viabiliza uma assistência pública relacionada aos serviços gerais de saúde para a população, incluindo o atendimento ao indivíduo idoso diagnosticado com depressão. Assim, esse estudo vem buscar fornecer uma visão geral de algumas das pesquisas atuais sobre epidemiologia, fatores de risco e proteção, sequelas e tratamento da depressão em idosos a partir de estudo bibliográfico e buscando conhecer os programas de atendimento e tratamento ofertados pelo SUS, principalmente os do município de Cachoeiro de Itapemirim, localizado no sul do Estado do Espírito Santo.

Esse estudo emerge os seguintes questionamentos: Sendo a depressão a doença do Século e considerando o crescimento exponencial da população idosa, como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem atendido a demanda? Quais ações de saúde são disponibilizadas para os idosos diagnosticados com depressão? Quais recursos existentes no município de Cachoeiro de Itapemirim para o atendimento a esta demanda.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Caracterizar os serviços de saúde de atenção à população idosa e com depressão no município de Cachoeiro de Itapemirim, no Estado do Espírito Santo.

1.2.2 Objetivo específicos

- a) realizar estudo bibliográfico acerca de depressão em idosos e suas formas de tratamento;
- b) caracterizar as ações da política de saúde existente para o tratamento de depressão em idosos.

1.3 METODOLOGIA

O estudo de caráter bibliográfico, documental e qualitativo, traz como metodologia os caminhos a serem percorridos para a obtenção de informações que permitam trabalhar a problemática acima delineada, ou seja, *“caracterizar os serviços de saúde de atenção à população idosa e com depressão no município de Cachoeiro de Itapemirim, no Estado do Espírito Santo”*.

Em termos metodológicos, para Minayo (2002, p.21), a análise final deste estudo deve ter com objetivos:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou negar não os pressupostos da pesquisa; responder as questões formuladas; enriquecer o conhecimento a respeito do assunto pesquisado; articular o contexto cultural do qual o sujeito pesquisado encontra-se integrado.

Esta problemática merece destaque, visto que, na população brasileira, os idosos vêm tomando uma grande dimensão em função do aumento da expectativa de vida deles. A expectativa de vida dos homens passou de 72,8 anos em 2018 para 73,1 anos em 2019 e a das mulheres foi de 79,9 anos para 80,1 anos. Desde 1940, a esperança de vida do brasileiro aumentou em 31,1 anos. Uma pessoa nascida no Brasil em 2019 tinha expectativa de viver, em média, até os 76,6 anos (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Essas são algumas informações das Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil, referentes a 2019, divulgadas hoje (26) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A expectativa de vida fornecida pelo estudo é um dos parâmetros para determinar o fator previdenciário, no cálculo das aposentadorias do Regime Geral de Previdência Social (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

Outro tipo de pesquisa utilizado foi a pesquisa documental. Trata-se de um estudo documental de natureza qualitativa e descritiva, que avaliará a prevalência de sintomas depressivos em idosos e sua relação com os dados socioeconômicos e demográficos. De acordo com Gil (2008, p. 51):

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda

podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Segundo Oliveira (2007), bastante semelhante à pesquisa bibliográfica, a documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação.

A análise documental permite análise de documentos que constituem as principais fontes do objeto de estudo. Utiliza dois planos: a análise da documentação indireta, incluindo a investigação documental e a bibliográfica, assim como a documentação direta, junto ao programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Cachoeiro de Itapemirim-ES. Observa-se que o desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número (GIL, 2008).

O estudo foi desenvolvido no município de Cachoeiro de Itapemirim, sul do Estado do Espírito Santo, tendo como objeto de investigação a Unidade de Saúde BNH de Cima, cujo cenário do estudo apresentado teve como base o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Figura 1 - Mapa Geográfico de Cachoeiro do Itapemirim



Fonte: Wikipédia (2021)¹.

O universo é a Unidade de Saúde de Cachoeiro do Itapemirim. A referida Unidade de

¹ Disponível em:

https://www.google.com/search?q=regi%C3%A3o+geogr%C3%A1fica+de+cachoeiro+de+itapemirim-es&tbm=isch&ved=2ahUKEwi265mH26fqAhXxC9QKHc_Yc_DloQ2-

Saúde é composta em sua estrutura física por 01 (um) consultório odontológico, 01 (uma) sala de vacina, 01 (um) consultório médico clínico e ginecológico, 01 (um) consultório pediátrico, 01 (uma) sala de triagem para enfermeiros e técnicos em enfermagem, 01 (um) pequeno auditório para reuniões e 01 (uma) copa/cozinha.

A pesquisa foi realizada no banco de dados do sistema público de saúde para análise dos atendimentos de idosos diagnosticados com depressão, com idade acima de 60 anos realizados no ESF no período de janeiro a maio de 2020 registradas e disponibilizadas nos bancos de dados da Scielo, Google Acadêmico e Capes.

Não foi utilizado o questionário, uma vez que as informações necessárias para a pesquisa se encontram ainda disponíveis nos bancos de dados do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional; no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e no Site da Secretaria Municipal de Cachoeiro de Itapemirim, onde as informações necessárias, todas de domínio público, serão coletadas.

Não culminando o estudo em pesquisa de campo, apenas em nível documental. É importante frisar que teve-se, como base, além de dados públicos, uma pesquisa em banco de dados capixabas a respeito da depressão em idosos no Espírito Santo. Foi realizada ainda uma pesquisa bibliográfica sobre idosos em depressão, incluindo-se palavras-chaves de busca nos repositórios capixabas: + Depressão em idosos no ES - Saúde do idoso no ES. Pesquisa esta realizada em Monografias, Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado.

2 CAPÍTULO 1

2.1 ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI: UMA CELEBRAÇÃO E UM DESAFIO

O envelhecimento populacional é uma das tendências mais significativas do século XXI com implicações importantes e de longo alcance para todos os aspectos da sociedade. Em todo o mundo, duas pessoas comemoram seu sexagésimo aniversário a cada segundo - um total anual de quase 58 milhões de sexagésimos aniversários. Com uma em cada nove pessoas no mundo com 60 anos ou mais, projetada para aumentar para uma em cada cinco até 2050, o envelhecimento da população é um fenômeno que não pode mais ser ignorado (NERI; FREIRI, 2010).

Neri e Freiri (2010) destacam ainda que o envelhecimento da população está ocorrendo em todas as regiões e países em vários níveis de desenvolvimento, progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também têm uma grande população de jovens.

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento e o aumento da longevidade uma das maiores realizações da humanidade. As pessoas vivem mais por causa da melhoria da nutrição, saneamento, avanços médicos, assistência médica, educação e bem-estar econômico. A expectativa de vida ao nascer já é superior a 80 em mais de 33 países onde, apenas cinco anos atrás, somente 19 países haviam alcançado esse índice (ZIMERMAN, 2010).

No entanto, o envelhecimento populacional também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e a comunidade global (MORAGAS, 2007).

Para enfrentamento dos desafios e também aproveitamento das oportunidades resultantes do envelhecimento da população, é necessário que sejam realizadas políticas e ações públicas que tenham compromisso com o social e o idoso e uma sólida base de dados e conhecimento que assegure uma integração efetiva do envelhecimento global nos processos mais amplos de desenvolvimento dentro das sociedades, forças de trabalho e relações sociais e intergeracionais estruturadas, para

que as pessoas possam envelhecer com dignidade e segurança, desfrutando a vida através da plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (BERZINS, 2003).

Uma população é classificada como envelhecida quando os idosos se tornam uma porção proporcionalmente maior da população total, sendo caracterizada pela diminuição das taxas de fertilidade e aumento da sobrevivência em idades mais avançadas (ROBERT; VERHOEK-OFTEDAHL, 2011).

Com o aumento da expectativa de vida em todo o mundo, de 2010-2015, por exemplo, a expectativa de vida saltou para 78 anos nos países desenvolvidos e 68 anos nas regiões em desenvolvimento. Até 2045-2050 é esperado que os recém-nascidos alcancem a marca de 83 anos em regiões desenvolvidas e 74 anos em regiões em desenvolvimento (ROBERT; VERHOEK-OFTEDAHL, 2011).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) registram a evolução do aumento de idosos em todo o mundo. Em 1950 haviam 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012 esse número saltou para quase 810 milhões. Prevê-se atingir a marca de 1 bilhão até 2022 e o dobro dessa marca até 2050, atingindo 2 bilhões. Existem diferenças marcantes entre as regiões. Por exemplo, em 2012, 6% da população na África tinha 60 anos ou mais, em comparação com 10% na América Latina e no Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa (OMS, 2015).

Globalmente, as mulheres formam a maioria dos idosos. Hoje, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais no mundo, existem apenas 84 homens. Para cada 100 mulheres com 80 anos ou mais, existem apenas 61 homens. Homens e mulheres experimentam a velhice de maneira diferente. As relações de gênero estruturam todo o ciclo de vida, influenciando o acesso a recursos e oportunidades, com um impacto contínuo e cumulativo (OMS, 2015).

Em relação aos cuidados de saúde de qualidade e o direito de usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental, as pessoas idosas devem ter acesso a informações e serviços de assistência médica amigáveis e acessíveis para o idoso,

que atendam às suas necessidades. Isso inclui cuidados preventivos, curativos e de longo prazo. A perspectiva do ciclo de vida deve incluir a promoção da saúde e atividades de prevenção de doenças com foco em manter a independência, prevenir e retardar doenças e incapacidades (VERAS, 2012).

Veras (2012) afirma ainda que são necessárias políticas para promover estilos de vida saudáveis, tecnologia assistiva, pesquisa médica e cuidados de reabilitação. O treinamento de cuidadores e profissionais de saúde, por exemplo, é essencial para garantir que aqueles que trabalham com idosos tenham acesso a informações e treinamento básico no atendimento a idosos.

De acordo com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), o número de cuidadores de idosos no Brasil passou de 5.263, em 2007, para 36.720, em 2018. O Centro Brasileiro de Cursos (Cebrac) teve aumento de 84% na procura do curso de formação de cuidadores em 2018, na comparação com 2017 (BOECHAT, 2020).

Cattani e Perlini (2005) destacam que é preciso um suporte melhor a todos os cuidadores, incluindo membros da família, prestadores de cuidados comunitários, particularmente para cuidados prolongados com idosos frágeis e idosos que cuidam de outros, pois a boa saúde deve estar no centro da resposta da sociedade ao envelhecimento da população.

Assegurar que as pessoas, enquanto vivem vidas mais longas, tenha uma vida mais saudável, resultará em maiores oportunidades e menores custos para os idosos, suas famílias e a sociedade.

Outro ponto importante em relação aos idosos diz respeito ao processo de ativação dos ambientes, uma vez que um ambiente físico favorável à idade e que promova o desenvolvimento e o uso de tecnologias inovadoras, incentivando o envelhecimento ativo, é especialmente importante à medida que as pessoas envelhecem e experimentam diminuição da mobilidade e deficiências visuais e auditivas (MARINA, 2005).

Segundo Marina (2005), habitações acessíveis e transporte de fácil acesso que

incentivam o envelhecimento também são essenciais para manter a independência, facilitar os contatos sociais e permitir que os idosos permaneçam membros ativos da sociedade.

Quanto à segurança de renda, é um tópico que está entre as preocupações mais urgentes das pessoas idosas em todo o mundo e, junto com a saúde, é mencionado com mais frequência pelos próprios idosos. Trata-se de um dos maiores desafios enfrentados pelos governos quanto ao envelhecimento da população. A crise econômica global exacerbou a pressão financeira para garantir a segurança econômica e o acesso aos cuidados de saúde na terceira idade e assim garantir a independência econômica e reduzir a pobreza na velhice (BEHRING, 2015).

Os pisos de proteção social devem ser implementados para garantir segurança de renda e acesso a serviços sociais e de saúde essenciais para todos os idosos e fornecer uma rede de segurança que contribua para o adiamento da incapacidade e a prevenção do empobrecimento na velhice uma vez que, não há evidências sólidas de que o envelhecimento populacional tenha prejudicado o desenvolvimento econômico ou que os países não disponham de recursos suficientes para garantir pensões e assistência médica a uma população idosa (BOSCHETTI, 2006).

2.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE IDOSOS

Bush *et al.* (2000) entendem como fator de risco a condição ou característica que aumenta o risco ou a vulnerabilidade de uma pessoa. Em relação aos indivíduos idosos, à medida que envelhecem, eles se tornam mais suscetíveis a doenças e incapacidades.

No entanto, ressaltam Robert e Verhoek-Oftedahl (2011), grande parte da carga de problemas de saúde entre os idosos pode ser reduzida ou evitada, abordando adequadamente fatores de risco específicos, que incluem ferimentos, desenvolvimento de doenças não transmissíveis, situações de pobreza, isolamento e exclusão social e distúrbios de saúde mental.

Ferimentos: As quedas e os ferimentos decorrentes delas causam uma grande parte

do ônus da doença e da incapacidade para os idosos. O risco de quedas aumenta acentuadamente com a idade. Lesões por quedas (como fraturas do fêmur), geralmente requerem hospitalização e intervenções caras, incluindo reabilitação, e causam muitas das limitações funcionais que levam à necessidade de cuidados prolongados, incluindo internações em casas de repouso (BUSH *et al.*, 2000).

Para a OMS (2015), a fragilidade por si só pode aumentar consideravelmente o risco de quedas, o que pode acontecer em todas as situações. Cerca de 30 a 50% das pessoas que vivem em instituições de longa permanência caem a cada ano. Evidências convincentes, no entanto, mostram que a maioria das quedas é previsível e evitável. Algumas medidas de prevenção de lesões (como protetores de quadril) mostraram-se eficazes em termos de custo ou mesmo de redução de custos, além de exemplos de implementações bem-sucedidas de estratégias para sua prevenção.

Fatores de risco de doenças não transmissíveis: O envelhecimento saudável é um processo ao longo da vida. Padrões de comportamento prejudicial, geralmente estabelecidos no início da vida, podem reduzir a qualidade de vida e até resultar em morte prematura. Má nutrição, inatividade física, fumo e excesso de álcool contribuem para o desenvolvimento de condições crônicas: cinco delas (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e transtornos mentais) representam a maioria das cargas de doenças e mortes em todo o mundo com os grupos menos favorecidos carregando a maior parte desse fardo (BUSH *et al.*, 2000).

Embora o fumo ou a falta de exercício, por exemplo, possam ter efeitos em longo prazo, a mudança para hábitos mais saudáveis é benéfica em qualquer idade. O risco de morte prematura realmente diminui em 50% quando as pessoas param de fumar aos 60/75 anos. Além disso, uma dieta saudável, atividade física regular, manter um peso corporal normal e evitar o uso de tabaco podem atrasar ou impedir o aparecimento do diabetes tipo 2 (OMS, 2015).

Pobreza: O risco de pobreza cresce com o avanço da idade e é muito maior entre mulheres do que homens. A prevalência da pobreza (definida como tendo menos de 60% da renda mediana nacional) entre pessoas com mais de 65 anos varia amplamente em cada país. Além disso, muitas pessoas idosas não podem pagar os

custos de saúde, incluindo medicamentos prescritos, do próprio bolso (BUSH *et al.*, 2000).

A OMS (2015) trabalha em estreita colaboração com vários países para apoiá-los no desenvolvimento de políticas que reduzam esse risco financeiro e garantam uma distribuição mais equitativa do ônus do financiamento do sistema de saúde.

Isolamento e exclusão social, distúrbios de saúde mental: Solidão, isolamento social e exclusão social são importantes determinantes sociais e fatores de risco para problemas de saúde entre os idosos. Eles afetam todos os aspectos de saúde e bem-estar, incluindo saúde mental, risco de internação de emergência no hospital por condições evitáveis, como desidratação grave ou desnutrição. Em todos os países, as mulheres mais velhas, por exemplo, têm um risco maior de isolamento social do que os homens mais velhos (BUSH *et al.*, 2000).

Maus-tratos a idosos: São definidos como abuso físico, sexual, mental e/ou financeiro e/ou negligência de pessoas com 60 anos ou mais. Estimativas da OMS indicam que, milhões de pessoas idosas, em todo o mundo, passam por essa situação pelo menos uma vez ao ano. Eles afetam o bem-estar físico e mental das pessoas mais velhas e, se não forem controlados, reduzem a qualidade de vida e a sobrevivência (BUSH *et al.*, 2000).

Neste ponto, é fundamental destacar a contribuição que o Estatuto do Idoso trás para os cuidados e o zelo com as pessoas da terceira idade, uma vez que dá outras providências, como previsto no Art. 1º, é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O Estatuto do Idoso é Lei desde 2003 e foi uma grande vitória para os companheiros (as), afinal, define medidas de proteção a pessoas com 60 anos ou mais. O texto determina os direitos dos **idosos**, as obrigações das entidades assistenciais e estabelece penalidades para diversas situações de desrespeito aos idosos.

A depressão entre os idosos é frequentemente não diagnosticada e sua prevalência entre aqueles com mais de 60 anos é estimada em 11,1% da população brasileira,

segundo dados do censo do IBGE de 2019. O apoio à saúde mental, incluindo ações preventivas, é um aspecto vital, muitas vezes negligenciado da atenção médica e social às pessoas idosas.

Em relação aos fatores de proteção, estes, por sua vez, contrastam com os fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade de uma pessoa, e são condições ou características que ajuda as pessoas a lidar de maneira mais eficaz com eventos estressantes e diminuem o risco de vulnerabilidade, como habilidades, forças, recursos, apoios e estratégias de enfrentamento, conforme destacado no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação entre os fatores de risco e de proteção de indivíduos idosos

(Continua)

	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
Fatores pessoais e relacionados à saúde	* Idade e sexo (mulheres com mais de 75 anos correm maior risco). * Falta de conhecimento dos direitos civis e humanos. * Etnia, barreiras linguísticas, isolamento. * Uma condição de saúde (acidente vascular cerebral, perda de visão ou audição) pode dificultar a notificação de incidentes de violência. * Tomada de decisões prejudicada (devido à saúde) pode resultar na tomada de decisões ruins por parte dos idosos (dando acesso ao agressor em casa, finanças, etc.) * Dependência de jogos, alcoolismo ou abuso de outras substâncias.	* Boas habilidades de enfrentamento. * Estar ciente dos direitos civis e humanos. * Plano de segurança pessoal em vigor e compartilhado com um membro da família, vizinho ou médico de confiança.
Fatores Ambientais	* Dinheiro e objetos de valor guardados em casa. * Sem dinheiro para deixar uma situação violenta. * Isolamento social (sem transporte; sem telefone ou internet; sem contato com outras pessoas e sem ninguém a quem recorrer para obter ajuda) * Viver em regiões rurais com menos sistemas formais de apoio.	* Recursos coordenados do governo e da comunidade que atendem as pessoas idosas. * Viver em uma comunidade que é responsável perante seus cidadãos. * Transporte acessível, instalações comunitárias e moradia. * Serviços para idosos disponíveis em todas as regiões. * Acompanhamento nas instituições. * Políticas e procedimentos sólidos sobre atendimento a residentes em unidades de atendimento residencial. * Funcionários em instalações de atendimento residencial treinados para reconhecer, intervir e prevenir a violência.
	* História de violência em casa. * Não querer denunciar a violência por	* Cuidados das famílias. * Uma variedade de relacionamentos,

Fatores de relacionamento	medo de piorar as coisas ou ficar sem cuidados. * Dependência física, financeira, emocional ou intelectual de um cônjuge, companheiro ou membro da família. * Ter um filho adulto dependente.	incluindo amigos, vizinhos, voluntários, clérigos, cuidadores e outros prestadores de serviços.
Fatores sociais	* Ignorância ou negação das necessidades dos idosos. * Valores sociais (trabalho remunerado e independência versus trabalho não remunerado e interdependência). * Tolerância à violência. * Ageísmo: crenças equivocadas e falta de entendimento do envelhecimento. * Visões datadas sobre gênero, papéis e responsabilidades familiares que criam desequilíbrios de poder e controle.	* Promoção de imagens positivas de pessoas idosas. * Uma cultura de respeito que valoriza a sabedoria e as contribuições das pessoas idosas.

Fonte: Adaptado de Ponzetto *et al.* (2002).

É importante que seja ressaltado que a presença de qualquer um dos fatores de risco listados no Quadro 1 não significa necessariamente que a violência esteja ocorrendo. Da mesma forma, a presença de qualquer um dos fatores de proteção listados pode reduzir o risco de violência.

Por fim, entende-se que, até recentemente, os maus-tratos a idosos eram considerados assuntos particulares. Somente nas últimas duas décadas o escopo do problema foi reconhecido, estudado e abordado sistematicamente pela OMS (2015) em vários contextos em que os idosos vivem, analisando as conclusões de pesquisas e programas recentes para buscar soluções e resolver o problema.

2.3 MUDANÇAS SOCIAIS, ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS ENTRE OS IDOSOS

A população do Brasil está envelhecendo, um fenômeno amplamente observado e descrito, com implicações significativas para as instituições de saúde, sociais e econômicas do país. É necessário entender as tendências demográficas e socioeconômicas do passado para estimar melhor o tamanho e as características futuras da população idosa, bem como prever sua demanda por serviços e até que ponto essas demandas podem ser atendidas (VERAS, 2009).

Não apenas a população está envelhecendo, mas também outras grandes mudanças no curso da vida estão ocorrendo. Os papéis relacionados à idade são menos

previsíveis do que eram no passado, pois a idade adulta tardia tem um número desconcertante de possíveis padrões de vida (ZIMERMAN, 2000).

Para Veras (2012), as tendências que devem ser levadas em consideração na análise de políticas sobre o envelhecimento incluem tendências demográficas, padrões de morbimortalidade, mudanças na estrutura familiar, aumento na interrupção das carreiras conjugais, aumento da mobilidade, mudanças nos arranjos de vida, participação da força de trabalho e outras atividades padrões de idosos.

As magnitudes dessas mudanças e a aceleração de algumas delas enfatizam a importância de programas estatísticos bem projetados para monitorar as características do envelhecimento da população. As projeções baseadas nas tendências não apenas influenciam o tamanho dos programas, mas também, em alguns casos, podem influenciar políticas (VERAS, 2012).

Daí a essencialidade da análise das tendências demográficas e socioeconômicas da população idosa também ajuda a identificar os dados necessários para que decisões políticas sejam tomadas em relação à saúde da futura população idosa.

Quanto à estrutura demográfica da população brasileira, houve uma mudança rápida na sua distribuição, tanto no número quanto na proporção da população com 60 anos ou mais, que superou os 30 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) divulgada pelo IBGE. Trata-se de uma tendência de que o envelhecimento da população acelere de forma a, em 2031, o número de idosos superar o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos neste país (IBGE, 2018).

Segundo dados do IBGE (2018), ao longo dos últimos 50 anos, a população brasileira quase triplicou, passando de 70 milhões, em 1960, para 190,7 milhões, em 2010 e 210,14 milhões em 2019. O crescimento do número de idosos, no entanto, foi ainda maior. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, o número atingiu 14,5 milhões (8,5% dos brasileiros) nessa faixa etária.

Em um levantamento realizado percebeu-se que na última década o salto foi grande

e em 2010 a representação passou para 10,8% da população (20,5 milhões) para, em 2012, superar a marca de 25,4 milhões. Em 2016 deu um salto para 29,56 milhões e em 2017 somou 30,2 milhões. Ou seja, em 5 anos o país ganhou 4,8 milhões de idosos, um acréscimo de 19%. Desse grupo de idosos, as mulheres são maioria expressiva, com 16,9 milhões (56%), enquanto os homens são 13,3 milhões (44%). Esse subgrupo cresceu mais rapidamente do que o restante da população nas últimas décadas e seguiu essa tendência a uma taxa mais rápida pelo século XXI. Entre 1960 e 2017 a população com 60 anos ou mais cresceu quase dez vezes mais passando de 3,3 milhões para 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018).

Em 2017 a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (IBGE, 2018).

Percebe-se com essas estatísticas que, com o envelhecimento da população, reforça-se a necessidade de políticas voltadas aos idosos, fazendo com que seja preciso observar se o Estado e a sociedade estão se preparando para os impactos inevitáveis dessa tendência de crescimento.

Existe, segundo Schneider e Irigaray (2008), uma expectativa de vida pós-trabalho, na aposentadoria, na busca por se conquistar uma nova identidade. No entanto, ressalta-se que, para se ter a qualidade de vida esperada, é preciso ter conquistado ao longo de sua vida o devido capital familiar e financeiro, além da construção de relacionamentos de amizade, que não as construídas no ambiente de trabalho. Somam-se a essas atitudes a essencialidade de bons hábitos alimentares e o desenvolvimento de algum tipo de atividade física para garantir a manutenção da saúde, se ainda não o fez.

Com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) apontando novos desafios sobre o envelhecimento e saúde e ao mesmo tempo recomendando novas políticas públicas com reformulações profundas de forma a se prestar serviços de qualidade com a finalidade de abranger toda essa população que está envelhecendo,

principalmente no Brasil, é preciso que as políticas públicas sejam pensadas de forma a atender as demandas, não só das pessoas com idades avançadas, mas para atender um maior número de pessoas, a fim de possibilitar que todas as populações venham a alcançar o envelhecimento com saúde.

Debert (2016) argumenta que o aumento da expectativa de vida ocasiona circunstâncias críticas no meio social, caso não sejam implementadas pelo governo ações públicas relevantes nesse sentido, pois, na medida em que os indivíduos envelhecem, é comum as consecutivas perdas e danos no seu dia a dia. Dessa forma, a inexistência de novas políticas e medidas urgentes que amparem a população idosa, cria uma tendência ainda maior de perda, do que se chama de papéis sociais (desprezo, abandono e situação de rua) em que muitos já se encontram.

Kunzler (2009) destaca outro ponto relevante, este diz respeito a mudança no foco do convívio social, pois, no momento em que se dá o afastamento do trabalho, o indivíduo percebe que o tempo livre não está mais relacionado com o conjunto de atividades diárias que faziam parte de sua vida. Assim, explica que haverá diminuição no círculo de amizades ligadas ao trabalho e, conseqüentemente, uma maior convivência com a família, que poderá ser tranquila ou conturbada.

Zanelli, Silva e Soares (2010) já evidenciavam a evidente falta de preparo para a chegada da aposentadoria, algo que ficava claro na ausência de planejamento financeiro, psicológico ou social. Por isso, destaca-se que é vital debater, junto aos trabalhadores que estejam na iminência de se aposentar, as mudanças que podem ocorrer quando se efetivar o processo de aposentadoria, avaliando o impacto sobre a sua renda nessa extensão da vida pós-trabalho, devido aos grandes desafios a serem enfrentados nesse momento singular que é a aposentadoria.

A aposentadoria implica bem mais que um simples término de carreira. A interrupção das atividades praticadas durante anos, o rompimento de vínculos e a troca dos horários cotidianos representam imposições de mudanças no mundo pessoal e social (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2010).

Assim, percebe-se que o afastamento do trabalho ocasiona também mudança de identidade. É preciso dizer que a identidade do indivíduo é construída pelos

relacionamentos que ele mantém no meio onde vive, nas relações interpessoais durante a jornada de trabalho e nos relacionamentos que constrói com a sociedade em geral. É, a partir desses pressupostos, que cada um, de um modo muito singular, vai construindo e autoconstruindo a todo o momento a sua imagem (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

No Brasil, estima-se que nos próximos 20 anos a população de idosos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população. Em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991 (IBGE, 2002).

O Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas divulgou, no último dia 8 de abril, a pesquisa “Onde Estão os Idosos? Conhecimento contra a Covid-19”, que mostra que, 10,53% da população brasileira tem 65 anos ou mais. Aliado a isso, de acordo com a Confederação Nacional de Bens, Serviços e Turismo (CNC), a profissão de cuidador foi a que mais cresceu entre os anos de 2007 e 2017: 547% (BOECHAT, 2020).

De acordo com a pesquisa da FGV, que usa dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) na comparação dos anos 2012 a 2018, o aumento no número de pessoas com 65 anos ou mais na população brasileira foi de 20%. O número de brasileiros acima dos 60 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), deve ultrapassar a marca dos 60 milhões até 2050 (BOECHAT, 2020).

Triches (2018) preocupa-se em destacar entre as mudanças postas na reforma, a imposição de uma idade para aposentação. Já que a média dos brasileiros aposentados gira em torno dos 57 anos, abrangendo o tempo de contribuição e por invalidez. Estudos da própria previdência relatam que a média do tempo de contribuição fica por volta dos 54 anos, e algumas aposentadorias especiais tornam-se precoces em detrimento de alguma atividade de trabalho.

Com aprovação dessa reforma, segundo Triches (2017), o mercado de trabalho terá uma sobrecarga quanto ao número de idosos aptos a desenvolver funções laborais, o

que resultara na criação de algumas políticas de incentivo para atender esse novo público no mercado de trabalho. Tal política abrangerá projeções de acesso as vagas de trabalho e voltadas em promover a saúde, o que seriam até então medidas louváveis, uma vez que indivíduos idosos apresentam necessidades e merecem condições diferenciadas para poder desempenhar suas funções corretamente, respeitando sempre as limitações físicas e sociais dos idosos.

Atualmente, no Governo Bolsonaro não se vê, por parte do Governo, falar em políticas de incentivo aos idosos ingressarem no mercado de trabalho, idoso esse que está em pleno uso de suas atividades funcionais, quando procuram uma vaga de trabalho, muitas vezes, sofrem preconceito, primeiramente pelo fato de se tratar de um idoso ou alguém de idade já avançada, e segundo, pela dificuldade em adquirir uma remuneração salarial correspondente a experiência profissional acumulada ao longo de anos, resultando em desacreditamento e desvalorização do trabalho (TRICHES, 2017; MOREIRA, 2018).

Por fim, cabe mencionar que o Senado Federal aprovou em 2019, em primeiro turno, a Reforma da Previdência. Por 56 votos a 19, os senadores referendaram um Projeto de Emenda à Constituição (PEC) que prevê uma série de mudanças no sistema de aposentadorias e de pensões do setor público e privado. Aumentou a idade mínima: 62 para mulheres e 65 para homens, com um mínimo de 25 anos de contribuição, 10 anos de serviço público e cinco anos no mesmo cargo. Há uma regra de transição combinando idade e tempo de contribuição que é progressiva e vai até 2033, dificultando ainda mais a vida dos idosos no Brasil (MOREIRA, 2018).

2.4 EVIDÊNCIAS DA DEPRESSÃO EM IDOSOS: ESTRATÉGIAS E DE ATENÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, sendo atualmente mais expressivo e impactante nos países em desenvolvimento (BATISTA *et al.*, 2008).

No Brasil, o crescimento abrupto da população idosa resulta da combinação de variáveis estritamente demográficas com as profundas alterações sociais e culturais

ocorridas, que simultaneamente configuram-se como causa e consequência (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Em se tratando da depressão, atualmente, é apontada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano (GIAVONI *et al.*, 2008).

Também é considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estima-se que, em 2020 será a segunda causa global de incapacidade (GONZÁLEZ *et al.*, 2010).

Pinquart, Duberstein; Lyness (2014) lembram que a literatura empírica converge para apoiar a conclusão de que a depressão não é parte normal do envelhecimento e mesmo que sua manifestação tardia seja menos grave, as consequências podem ser devastadoras.

Os fatores de risco e proteção se tornam mais ou menos proeminentes na etiologia da depressão, à medida que mudam de frequência ou importância ao longo da vida. Os riscos biológicos tornam-se dramaticamente mais prevalentes com o tempo, assim como certos eventos da vida, enquanto a vulnerabilidade psicológica diminui e a resiliência psicológica aumenta (PINQUART; DUBERSTEIN; LYNESS, 2014).

Considerando os desafios biológicos e sociais associados à idade adulta, o fato dos transtornos depressivos se tornarem mais prevalentes nessa faixa etária é evidência da importância dos fatores de proteção.

O quadro etiológico da depressão nos idosos, por exemplo, é complexo, pois ela é caracterizada por heterogeneidade, com a idade do primeiro início sendo um provável marcador de diferenças etiológicas (JORM, 2011).

A depressão no início tardio pode representar ainda um pródromo de demência ou uma resposta biológica ou psicológica aos eventos mais comuns na vida adulta como doença física, luto e prestação de cuidados (JORM, 2011).

A comorbidade, muito comum na depressão tardia, decorre de mecanismos biológicos, psicológicos e sociais. Há um consenso substancial em relação as amplas categorias de fatores de risco para depressão tardia, que incluem vulnerabilidade neurológica mais proeminente, doenças físicas e incapacidades e eventos estressantes da vida, como luto e prestação de cuidados (KRISHNAN, 2012).

As pesquisas estão começando a examinar interações entre os fatores de risco. À medida que as evidências sobre fatores de risco e proteção se acumulam, o *design* e o teste de novas abordagens preventivas se tornam possíveis.

Assim, Mojtabai (2014) recomenda a triagem para depressão, que é algo extremamente importante se houver suporte para garantir um diagnóstico preciso, tratamento e acompanhamento adequados. No entanto, sem uma avaliação confirmatória subsequente ela pode levar a falsos positivos diagnósticos e tratamento desnecessário.

Conwell e Thompson (2008) entendem que para avaliar completamente a depressão, os médicos devem usar medidas validadas, como o questionário de saúde do paciente, que reflete os critérios de diagnóstico, já destacados no Quadro 2, porque idosos, principalmente homens brancos, têm altas taxas de suicídio e a presença de pensamentos suicidas deve ser cuidadosamente explorada, além de outras características importantes da história, estas resumidas no Quadro 2.

Quadro 2- Elementos cruciais da história

Componente histórico	Fundamentação
Diagnósticos e tratamento psiquiátricos passados	Permite a confirmação do diagnóstico e pode orientar as decisões de tratamento
Pensamentos suicidas atuais e tentativas anteriores de suicídio	Crucial na avaliação da segurança; tentativas anteriores de suicídio indicam maior risco de futuras

	tentativas.
Uso de substâncias	Indica fatores contribuintes, como uso de álcool, para os quais pode ser necessária intervenção adicional
Problemas com a memória Histórico médico	Triagem inicial para problemas cognitivos; deve abordar com o paciente e a família, se possível
Presença de dor crônica	Pode agravar a depressão e indicar necessidade de tratamento adicional
Polifarmácia	Pode complicar o tratamento antidepressivo
Problemas com a adesão à medicação	Podem levar a não resposta ao tratamento antidepressivo
Revisão dos medicamentos atuais	Para identificar quaisquer medicamentos que possam conferir uma predisposição à depressão (por exemplo, propranolol, prednisona)
Histórico Social	Fatores que contribuem para a depressão
Estressores ou perdas recentes Suporte social disponível	Indica a extensão do envolvimento ou isolamento social
Acesso ao transporte e capacidade de dirigir	Indica capacidade de se envolver socialmente e atender a necessidades básicas, como compras de mantimentos.
Acesso a armas	Indica risco aumentado de que uma tentativa de suicídio seria letal
Histórico familiar de demência Suicídio	Indica aumento do risco de demência para o paciente; Indica aumento do risco de suicídio para o paciente

Fonte: Adaptado de Conwell; Thompson (2008).

Conwell e Thompson (2008) lembram ainda que, os sinais de alerta que apoiam a intervenção urgente incluem sintomas graves ou agravantes, suicídio e comprometimento do funcionamento diário.

2.5 PSICOTERAPIA

As psicoterapias são tratamentos eficazes para a depressão na vida adulta e podem ser consideradas como terapia de primeira linha, dependendo da disponibilidade e da preferência do paciente. Suas abordagens psicoterapêuticas padronizadas incluem uma fase de tratamento de curto prazo, consistindo em visitas semanais durante um período de 8 a 12 semanas, embora algumas pessoas possam exigir um período mais longo de tratamento ou podem exigir sessões menos frequentes após o tratamento em curto prazo (GOULD *et al.*, 2012).

Kiosses *et al.* (2011) relatam que embora outras terapias também possam ser eficazes, a base de evidências para o tratamento de curto prazo é mais forte para a terapia comportamental-cognitiva e a terapia de solução de problemas. Em sua meta-análise de 23 estudos randomizados e controlados, Gould *et al.* (2012) mostraram que a terapia cognitivo-comportamental foi significativamente mais eficaz na redução dos sintomas depressivos do que o tratamento habitual ou na colocação em uma lista de espera para tratamento, mas não foi mais eficaz do que outras psicoterapias.

A terapia comportamental-cognitiva concentra-se no desenvolvimento de habilidades para melhorar a capacidade de lidar com os problemas da vida. Ensaio randomizado de Areán *et al.* (2010), envolvendo idosos, demonstraram que a terapia de solução de problemas resulta em maiores melhorias na depressão do que os cuidados usuais ou terapia de reminiscência, uma psicoterapia focada na avaliação e reformulação de eventos de vidas passadas.

A terapia de solução de problemas trata efetivamente os sintomas depressivos em adultos mais velhos com *deficits* cognitivos (especificamente, disfunção executiva coexistente), um grupo que frequentemente tem uma fraca resposta a medicamentos antidepressivos (AREÁN *et al.*, 2010).

Em um estudo envolvendo uma população com problemas cognitivos, a terapia interpessoal resultou em taxas de remissão mais altas do que a terapia de suporte (46% vs. 28% em 12 semanas). Observou-se ainda, uma melhora maior na incapacidade do que a terapia de suporte, com benefícios mantidos por pelo menos 24 semanas em adultos com depressão que se concentram em transições de papéis, luto e questões interpessoais (ALEXOPOULOS *et al.*, 2011).

Em estudos randomizados, a terapia interpessoal conseguiu reduções significativamente maiores nos sintomas depressivos do que o tratamento usual. Como na terapia comportamental cognitiva, pessoas com condições médicas coexistentes ou *deficits* cognitivos podem não ter uma boa resposta à terapia interpessoal (MOSSEY *et al.*, 2006).

Mesmo após a remissão, alguns estudos longitudinais apoiam os benefícios

significativos do tratamento continuado. Um estudo desenvolvido por Reynolds *et al.* (2009), envolvendo idosos com depressão recorrente, que tiveram remissão em curto prazo com nortriptilina e terapia interpessoal por um período de 16 semanas, selecionou aleatoriamente alguns para terapia de manutenção com nortriptilina ou placebo e para psicoterapia de manutenção mensal (terapia interpessoal) ou sem psicoterapia.

Após 3 anos, as taxas de recaída foram significativamente menores entre as pessoas designadas ao tratamento continuado apenas com nortriptilina (43%), nortriptilina e terapia interpessoal (20%) ou terapia interpessoal (64%) do que entre as pessoas que receberam placebo e nenhuma terapia interpessoal (90%); a combinação de nortriptilina e terapia interpessoal foi significativamente mais eficaz do que a terapia interpessoal sozinha (REYNOLDS *et al.*, 2009).

O tratamento de primeira linha para o paciente idoso com depressão pode envolver farmacoterapia ou psicoterapia, em particular, terapia de solução de problemas, pela demonstração de benefícios diante do comprometimento cognitivo e a escolha deve depender da preferência do paciente e disponibilidade de psicoterapia.

No caso do uso de medicamento, a terapia inicial recomendada seria a administração de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), iniciando em uma dose baixa (por exemplo, sertralina em uma dose diária de 25 mg) a fim de avaliar o paciente quanto a efeitos colaterais e aumentando para uma dose terapêutica mínima (50 mg por dia no caso de sertralina).

É possível haver necessidade de doses mais altas para obter eficácia máxima (por exemplo, 100 mg ou mais de sertralina diariamente), sempre com muita atenção aos efeitos colaterais. Caso os sintomas depressivos não sejam suficientemente reduzidos, pode-se considerar uma alteração com o uso de venlafaxina. Deve-se estar atento à triagem de *deficits* cognitivos e o teste neuropsicológico formal para o caso dos sintomas cognitivos persistirem ou piorarem, apesar da terapia antidepressiva.

Em suma, a depressão em idosos é um problema significativo, comum e crescente, que requer tratamento. Isso tem sérias implicações para o paciente, a família e a

comunidade. A identificação seguida por uma avaliação completa pode ajudar a orientar a seleção de um medicamento antidepressivo apropriado, considerando, inclusive, a resposta anterior do paciente ao tratamento, o tipo de depressão, os outros problemas médicos do paciente, os outros medicamentos do paciente e o risco potencial de overdose.

É importante considerar os vários fatores ao selecionar, ajustar e alterar o uso de antidepressivos, sempre com base no melhor perfil de efeitos colaterais e no menor risco de interação medicamentosa, pois se trata de estratégias que podem ajudar a promover o uso seguro desses medicamentos no tratamento da depressão em idosos maximizando o tratamento e a remissão.

2.6. PROCEDIMENTOS FARMACOTERÁPICOS

Ao usar medicamentos antidepressivos para tratar idosos, é importante estar ciente de que os adultos mais velhos têm taxas de resposta semelhantes a dos adultos mais jovens. Além disso, os antidepressivos têm eficácia semelhante quando usados no tratamento de pacientes idosos com e sem múltiplas comorbidades médicas (GILL; HATCHER, 2010).

Se os idosos não respondem a doses baixas de antidepressivos, podem ser necessárias doses mais altas para obter um efeito terapêutico. Infelizmente, explicam Baldwin, Chiu, Katona (2012), a falta de uso de doses efetivas em pacientes idosos costuma ser a razão da falta de resposta clínica e de encaminhamentos para especialistas em depressão, sendo diagnosticados incorretamente como “resistentes ao tratamento”.

Ao selecionar um antidepressivo, é importante considerar a resposta anterior do paciente idoso ao tratamento, o tipo de depressão, os outros problemas médicos do paciente, outros medicamentos e o risco potencial de overdose. A depressão psicótica provavelmente não responderá à monoterapia com antidepressivos, enquanto a depressão bipolar exigirá um estabilizador de humor. Os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão diante de doenças médicas, embora seja necessária

cautela para que a terapia antidepressiva não agrave a condição médica nem cause eventos adversos (GILL, 2010).

Por exemplo, demência, problemas cardiovasculares, diabetes e doença de Parkinson, que são comuns em idosos, podem piorar com drogas altamente anticolinérgicas. Pacientes idosos são particularmente sensíveis à ação desses medicamentos pelas alterações fisiológicas e fisiopatológicas que frequentemente acompanham o processo de envelhecimento (COLE *et al.*, 2010).

O uso de múltiplos medicamentos, comum em pacientes idosos, pode resultar em interações farmacodinâmicas e farmacocinéticas que aumentam os efeitos anticolinérgicos. Embora os problemas anticolinérgicos clássicos da diminuição de secreções, diminuição da motilidade gastrointestinal, visão embaçada, aumento da frequência cardíaca, intolerância ao calor, sedação e possível confusão leve, sejam desconfortáveis para um paciente mais jovem, de saúde relativamente boa, tais efeitos podem ser desastrosos para pacientes mais velhos (COLE *et al.*, 2010).

Felizmente, existem vários antidepressivos que demonstraram ser eficazes em pacientes idosos em tratamento para um episódio depressivo maior sem características psicóticas. No entanto, ao escolher um antidepressivo, recomenda-se que a seleção seja baseada no melhor perfil de efeito colateral e menor risco de interações medicamentosas conforme o Quadro 3.

Devido aos seus perfis de eventos adversos favoráveis e baixo custo, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são tratamentos de primeira linha para a depressão tardia. Em alguns estudos randomizados e controlados, mas não em outros, ISRSs como sertralina, fluoxetina e paroxetina têm sido mais eficazes que o placebo na redução dos sintomas depressivos e no aumento das taxas de remissão da depressão (ROOSE *et al.*, 2004).

Geralmente, os ensaios que mostraram um benefício significativo em pacientes com depressão tardia foram maiores do que aqueles que não o fizeram; por exemplo, estudos de Schneider *et al.* (2003) demonstraram um benefício da sertralina em mais de 350 participantes em cada grupo de estudo.

Quadro 3 - Medicamentos antidepressivos comumente usados para adultos mais velhos para depressão grave

Nome genérico	Nome comercial	Dose inicial (mg/dia)	Dose média (mg)	Dose máxima recomendada (CPS) (mg)	Comentários
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)					
Citalopram	Celexa	10	20-40	40	
Escitalopram	Cipralex	5	10-20	20	
Sertralina	Zoloft	25	50-150	200	
Outros agentes					
Bupropiona	Wellbutrin	100	100 b.i.d	150 b.i.d	Pode causar convulsões
Mirtazapina	Remeron	15	30-45	45	
Moclobemida	Manerix	150	150-300mg b.i.d	300mg b.i.d	Não combina com inibidores da enzima monoamina oxidase ou tricíclicos
Venlafaxina	Effexor	37.5	75-225	375*	Pode aumentar a pressão sanguínea
Antidepressivos tricíclicos					
Desipramina	Norpramina	10-25	50-150	300	Anticolinérgico; pode causar efeitos colaterais cardiovasculares; monitorar os níveis sanguíneos.
Nortriptilina	Aventyl	10-25	40-100	200	Anticolinérgico; pode causar efeitos colaterais cardiovasculares; monitorar os níveis sanguíneos.

Fonte: Adaptado de Canadian Coalition for Seniors Mental Health (2001).

Nos maiores estudos, as taxas de resposta ao ISRS (definidas como $\geq 50\%$ na gravidade da depressão) variam de 35 a 60%, em comparação com as taxas de resposta ao placebo de 26 a 40% de redução. Embora não tenha sido relatada em todos os estudos, as taxas de remissão (definidas como um nível mínimo de sintomas depressivos) foram de 32 a 44% com ISRSs *versus* 19 a 26% com placebo (TOLLEFSON *et al.*, 2005).

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e os antidepressivos mais

recentes bupropion, mirtazapina, moclobemida e venlafaxina (um inibidor seletivo da recaptação da noradrenalina ou SNRI) são relativamente seguros para idosos, por terem efeitos anticolinérgicos mais baixos que os antidepressivos mais antigos e, portanto, serem bem tolerados por pacientes com doença cardiovascular. Os efeitos colaterais comuns dos ISRS incluem náusea, boca seca, insônia, sonolência, agitação, diarreia, transpiração excessiva e, menos comumente, disfunção sexual (ALEXOPOULOS *et al.*, 2011).

Devido ao funcionamento renal associado ao envelhecimento, também há um risco maior de pacientes idosos desenvolverem hiponatremia secundária a uma síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético, um comportamento observado em cerca de 10% dos pacientes usuários de antidepressivos e associado principalmente a ISRSs e venlafaxina. Daí a importância de se verificar os níveis de sódio um mês após o início do tratamento com ISRSs, especialmente em pacientes que tomam outros medicamentos com propensão a causar hiponatremia, como diuréticos (KIRBY *et al.*, 2012).

É importante destacar, lembra Kirby *et al.* (2012), a importância de verificar os níveis de sódio se surgirem sintomas de hiponatremia, como fadiga, mal-estar e *delirium*. Há também um risco aumentado de sangramento gastrointestinal associado aos ISRS, particularmente em indivíduos de alto risco, como aqueles com úlcera péptica ou aqueles que tomam medicamentos anti-inflamatórios.

Dos ISRS, a fluoxetina geralmente não é recomendada para uso nos idosos devido à sua meia-vida longa e efeitos colaterais prolongados, assim como a paroxetina, por apresentar o maior efeito anticolinérgico de todos os ISRSs, semelhante ao dos tricíclicos desipramina e nortriptilina (BALDWIN; CHIU; KATONA, 2012).

Baldwin, Chiu, Katona (2012) revelam ainda, em seu estudo, que os ISRSs considerados com o melhor perfil de segurança em idosos são citalopram e escitalopram pelo potencial baixo de interações medicamentosas com base em suas interações citocromo P450. A venlafaxina, mirtazapina e bupropiona também são consideradas por eles como tendo um bom perfil de segurança em termos de interações medicamentosas. Os ISRSs, como fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina, apresentam maiores riscos de interações medicamentosas.

Os antidepressivos tricíclicos não são mais considerados agentes de primeira linha para adultos, devido ao seu potencial para efeitos colaterais, incluindo hipotensão postural, que pode contribuir para quedas e fraturas, anormalidades na condução cardíaca e efeitos anticolinérgicos (GERSON *et al.*, 2009).

Estes últimos podem incluir delírio, retenção urinária, boca seca e prisão de ventre. Muitas condições médicas observadas em idosos como demência, doença de Parkinson e problemas cardiovasculares podem ser agravadas por um antidepressivo tricíclico. Se um tricíclico for escolhido como medicamento de segunda linha, a nortriptilina e a desipramina são as melhores escolhas por serem menos anticolinérgicos (GERSON *et al.*, 2009).

Além disso, recomenda-se obter uma leitura de Eletrocardiograma e da pressão arterial postural antes de iniciar um paciente em tratamento tricíclico antidepressivo e após o aumento da dose. Os níveis sanguíneos de antidepressivos tricíclicos devem ser monitorados, pois os tricíclicos estão associados a mais toxicidade e os níveis sanguíneos podem ser altos, apesar de baixas doses, porque alguns pacientes podem ser metabolizadores lentos (ALEXOPOULOS *et al.*, 2011).

Por fim, é importante mencionar o fato de que existe no Brasil a distribuição de remédios gratuitos pelo SUS, que não está atrelada à renda ou à idade do paciente. Todos os cidadãos têm direito a tratamento gratuito para diabetes e hipertensão, por exemplo. Pacientes de plano de saúde também podem usar este serviço (CBN, 2020). Os medicamentos são distribuídos em farmácias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nelas, é possível encontrar antibióticos, antidepressivos, ansiolíticos, anti-hipertensivos, antifúngicos, anti-inflamatórios, insulina, entre outros. Para conseguir os medicamentos, o consumidor deve ir a uma UBS com a receita médica e identidade. Caso outra pessoa vá retirá-los, ela deve apresentar, também, a identidade (CBN, 2020).

3. CAPÍTULO 2

3.1 DEPRESSÃO EM IDOSOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Neste item falaremos um pouco sobre a depressão em idosos no Estado do Espírito Santo. Para isso, foi realizada pesquisa bibliográfica através das Monografias, Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado publicada nos repositórios das faculdades do Estado do Espírito Santo. Fizemos a busca a partir dos seguintes descritores: “depressão em idosos no ES”, “Saúde do idoso no ES”. Realizamos ainda, pesquisa documental a partir de banco de dados públicos na área da saúde.

Como salientado no capítulo anterior, sentimento de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito, marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002).

Os dados a serem apresentados a seguir remontam uma pesquisa realizada por Cunha e Valadares, no ano de 2018, no Centro de Convivência de Vitória /ES na qual entendemos demonstrar e refletir um pouco da realidade vivenciada pelos idosos com depressão no Espírito Santo. Após a análise da Escala Geriátrica de Depressão, 28 (37%) idosos apresentaram ($p < 0,01$) sintomas depressivos (8 ± 3 pontos) e 47 (63%) não apresentaram sintomas (2 ± 2 pontos) (CUNHA; VALADARES, 2018).

A comparação dos resultados obtidos entre os grupos com e sem sintomas depressivos não apresentaram diferença significativa ($p > 0,05$) nas variáveis do questionário sociodemográfico (Figura 2), assim como as características antropométricas (Figura 3) (CUNHA; VALADARES, 2018).

Figura 2 - Características sociodemográficas dos idosos frequentadores Centro de Convivência de Vitória/ES

Parâmetros	Com sintomas depressivos		Sem sintomas depressivos		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
<i>Escolaridade (anos)</i>					> 0,05*
0 - 4	15	(20)	17	(23)	
≥ 5	13	(17)	30	(40)	
<i>Estado Civil</i>					> 0,05*
Viúva	4	(6)	20	(26)	
Com companheiro (a)	11	(15)	15	(20)	
Sem Companheiro (a)	13	(16)	12	(17)	
<i>Renda mensal</i>					> 0,05*
0 - 1 salário mínimo	21	(28)	27	(36)	
> 1 salário mínimo	7	(9)	20	(27)	
<i>Aposentada</i>					> 0,05*
Sim	23	(30)	38	(51)	
Não	5	(7)	9	(12)	
<i>Trabalha</i>					> 0,05*
Sim	4	(5)	6	(8)	
Não	24	(32)	41	(55)	
<i>Medicamentos</i>					> 0,05*
0 - 1	15	(20)	34	(45)	
≥ 2	13	(17)	13	(18)	

*: indica comparação utilizando teste Qui-quadrado (χ^2).

Fonte: Cunha; Valadares (2018)²

O que se percebe diante da análise desta Figura 2 é que não foram encontradas diferenças estatísticas ($p>0,05$) entre os grupos em todos os parâmetros antropométricos.

A depressão consiste em enfermidade mental frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico. Na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (KAPLAN; SADOCK, GREBB, 1997); em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% (EDWARDS, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (PAMERLEE; KATZ; LAWTON, 1989).

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (STELLA *et al.*, 2002).

A Figura 3, por sua vez, apresenta as características antropométricas realizadas no

² CUNHA, Adriel De Lima; VALADARES, Felipe Alves. Universidade Federal do Espírito Santo Centro de Educação Física e Esportes. **Sintomatologia Depressiva Pode Alterar O Estilo De Vida De Idosos: Estudo Transversal Caso-Controlle**. Vitória, 2018.

Espírito Santo a respeito da depressão em idosos.

Figura 3 - Características Antropométricas no ES

Parâmetros	Com sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	p-valor
Idade (anos)	71 ± 9	71 ± 7	> 0,05*
Massa corporal (kg)	70 ± 13	68 ± 14	> 0,05*
Estatura (m)	1,55 ± 0,07	1,55 ± 0,08	> 0,05*
IMC (kg/m ²)	29 ± 5	28 ± 5	> 0,05*
CA (cm)	100 ± 10	97 ± 11	> 0,05*

Valores expressos em média ± desvio padrão. IMC: índice de massa corporal.
CA: circunferência abdominal.
*: indica comparação utilizando teste t de student.

Cunha; Valadares (2018).

De acordo com a Figura 3, significativas semelhantes foram encontradas na classificação do estilo de vida, sendo encontrado maior prevalência do estilo regular (50%) no grupo sintomático em relação ao grupo assintomático, destacando 53% de muito bom.

Outro fator relevante foi encontrado em centros de convivência no Espírito Santo, que apresentou os seguintes dados:

Figura 4 - Comparação do estilo de vida entre os grupos com e sem sintomas depressivos das idosas frequentadoras Centro de Convivência de Vitória/ES

Parâmetros	Com Sintomas Depressivos	Sem Sintomas Depressivos	p-valor
Família e amigos	2 ± 2	6 ± 2	< 0,05*
Atividade física	2 ± 2	5 ± 2	< 0,05*
Nutrição	3 ± 2	7 ± 3	< 0,05*
Cigarro e drogas	13 ± 2	14 ± 1	< 0,05*
Álcool	10 ± 3	11 ± 2	< 0,05*
Sono	10 ± 3	16 ± 3	< 0,05*
Comportamento	4 ± 2	6 ± 2	< 0,05*
Introspeção	6 ± 3	9 ± 2	< 0,05*
Trabalho	2 ± 1	4 ± 1	< 0,05*
Score total	55 ± 9	79 ± 9	< 0,05*

Valores expressos em média ± desvio padrão.

*: indica comparação utilizando teste t de student.

Fonte: Cunha; Valadares (2018).

Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto, cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo, se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social.

Corroboramos a opinião de Salgueiro (2007) quando este afirma que a institucionalização é um fator que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para Casas de Repouso dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge. Para além desta perda, ao entrar na instituição, o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si e é lesado nos seus afetos. Além disso, a ida para o lar está muitas vezes associada à perda da sua autonomia, tornando-se dependente de terceiros.

É bastante reduzido o diagnóstico de depressão em idosos, estima-se que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados pelos profissionais de saúde que exercem atividade na atenção primária, devido aos sintomas serem semelhantes ao processo natural do envelhecimento. Alguns desses sintomas são, queixas físicas com fadiga, sono, falta de apetite e indisposição que podem ser confundidos pelo desafio adaptativo do envelhecimento (SOUSA *et al.*, 2017).

3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE EM ATENÇÃO AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE CACHEIRO DE ITAPEMIRIM NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Ao se procurar estudar o município de Cachoeiro do Itapemirim na tentativa de caracterizar os serviços em saúde encontramos os seguintes equipamentos e serviços: Secretaria Municipal e Saúde, Unidade Básica de Saúde do BNH de Cima, que está localizada na Rua Adrião Coelho Filho - BNH de Cima - Cachoeiro De Itapemirim, Bairro: BNH de Cima no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES; Postos de Saúde, como o (a) Unidade Básica de Saúde do BNH de Cima de Cachoeiro de Itapemirim, a rede pública de atendimento também conta com a operação da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programas de Saúde da Família (PSF).

O Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população.

No período da pesquisa, houve a inserção de novos agentes comunitários, iniciando suas atividades em 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cachoeiro de Itapemirim. Antes de começarem o serviço, os agentes receberam um treinamento no dia anterior. O agente comunitário de saúde é o profissional responsável por realizar atividades que contribuem na prevenção de doenças e promoção em saúde das pessoas. Suas ações são realizadas com base em estratégias de educação, feitas em domicílios ou comunidades, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (CACHEIRO, 2021).

Importante destacar a importância dos agentes comunitários de saúde na vacinação contra a covid-19. Tem sido através desses profissionais os esforços da busca ativa de moradores que se encaixam nas faixas etárias para vacinação contra a covid-19, além de contribuir para ampliar o número de cadastros para acompanhamento das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (CACHEIRO, 2021).

Cachoeiro de Itapemirim conta com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), principal

porta de entrada para o sistema público de saúde. A equipe de cada unidade é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com carga horária de 40 horas semanais. Atualmente, o município conta ainda com o reforço de 26 médicos do Programa Mais Médicos (CACHOEIRO, 2021a).

São ofertados os seguintes serviços à população: consultas médicas e de enfermagem, imunização, curativos, aferição de pressão arterial, palestras, agendamento de consultas e exames via Sistema de Regulação de Exames, Consultas e Cirurgias (Sisreg), visitas domiciliares, palestras e educação em saúde, coleta de preventivo (Papanicolau), pré-natal de risco habitual, dentre outros necessários à atenção primária (CACHOEIRO, 2021a).

Também são desenvolvidos os seguintes Programas de Saúde Pública nas UBS: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Imunização, Saúde da Mulher (Pré-natal, Prevenção ao Câncer de Colo do Útero e Mama), Planejamento Familiar, Saúde da Criança (puericultura), Saúde do Adolescente, Saúde do Homem, Programa Saúde na Escola, Saúde do Idoso, ações de Tuberculose e Hanseníase, DST/AIDS e Tabagismo (CACHOEIRO, 2021a).

Além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), há pontos de apoio de saúde nas localidades rurais de Gruta, Independência, Monte Verde e Santa Fé, com técnicos de enfermagem e enfermeiro e médico ao menos uma vez por semana. A Semus desenvolve ainda o projeto Cachoeiro Mais Saúde, que leva atendimento à população de localidades distantes das unidades e pessoas em situação de rua. Todas as UBS de Cachoeiro funcionam de segunda a sexta-feira, das 7h às 16h (CACHOEIRO, 2021a).

O município de Cachoeiro de Itapemirim possui, segundo dados fornecidos pelo IBGE de 2019, uma extensão territorial de 864.583km² e uma população de 208.973 habitantes, sendo destes, 15.709 de idosos, onde 9.640 são do sexo masculino e 6.069 do sexo feminino.

De acordo com os dados socioeconômicos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), juntamente com dados consolidados anualmente por micro área do

ano de 2019, o número de famílias da micro área do bairro BNH de Cima, município de Cachoeiro de Itapemirim- ES, era de 1.295, uma população estimada de 4.325 habitantes.

Optamos por identificar o quantitativo de idosos em depressão atendidos no Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais especificamente no bairro BNH, município de Cachoeiro de Itapemirim- ES, para que se possa, com base nesse estudo, conhecer elementos relacionados a depressão em idosos e possíveis formas de atenção em saúde pública.

De acordo com os dados dos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2019, são atendidos pela Atenção Básica de Saúde, cerca de aproximadamente 741 idosos na região, incluindo o sexo masculino e o feminino. Dos 741 idosos acompanhados pelo Programa Estratégia de Saúde da Família de BNH de cima, 85 foram diagnosticados com depressão. ou seja, 11,47% dos idosos atendidos, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Quantitativo de Idosos Atendidos na Estratégia de Saúde da Família no BNH de Cima

Idosos	Quantidade	Percentual
Total de idosos atendidos na Atenção Básica de Saúde	741	100%
Idosos do sexo Masculino	361	48,72%
Idosos do sexo feminino	380	51,28%
Quantitativo de Idosos Depressivos		
Idosos depressivos	85	11,47%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2020.

Estudos de prevalência realizados em outras partes do país sugerem que 14% a 20% dos idosos apresentam sintomas depressivos, com taxas mais altas entre os idosos hospitalizados (12% a 45%) e taxas ainda mais altas em instituições de longa permanência (cerca de 40%) (DREBUYNE *et al.*, 2009).

Quando iniciamos a pesquisa a fim de se verificar a saúde do idoso e sua relação com a depressão em Cachoeiro de Itapemirim, tornou-se necessário, primeiramente,

compreender quais os fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de ocorrência da depressão nos idosos aposentados, destacaram-se os seguintes problemas de saúde: cardio e cerebrovasculares, respiratórios, oncológicos, dentre outros que, de alguma maneira, os impedirão de continuar vendendo sua força de trabalho, a fim de complementar a baixa renda advinda com a aposentadoria (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Não menos importante, problemas como a frustração de realização pessoal e ausência de projetos pós-aposentadoria (KYPRAIOU *et al.*, 2017), mudança de ambiente, esvaziamento da rotina e disponibilidade de alimentos, quando alteram o peso corporal, também apareceram como sendo fatores vinculados a alterações emocionais (ALVARENGA *et al.*, 2009).

Sendo idosos, esses sujeitos estão mais propícios ao adoecimento em razão de sua própria condição fisiológica, e tais discussões deverão estar amparadas em políticas e práticas governamentais, a fim de que possam auxiliar na diminuição dos prejuízos instaurados por essas condições que, potencialmente, dificultam a adaptação e o enfrentamento do período da aposentadoria para o idoso (HARTMANN, 2008).

Diante disso, nota-se que, em 1996, foi regulamentada a Lei nº. 8.842, através do Decreto nº. 1948, que implantou a Política Nacional do Idoso. Sousa (2002, p.179) coloca que:

Já passou o tempo em que no idoso percebiam-se duas posturas analisadas por Simone de Beauvoir: a do sábio aureolado de cabelos brancos, rico de experiência e venerável, que domina de muito alto a condição humana; ou se dela se afastam, cai no outro extremo: a imagem que se opõe à primeira é a do velho louco que caduca e delira e de quem as crianças zombam. Por sua virtude ou por sua objeção, os velhos situavam-se fora da humanidade.

É necessário reverter à imagem da velhice construída socialmente calcada em valores e conceitos estigmatizadores, no qual se evidenciam os aspectos negativos. É preciso que a sociedade, apoiada por políticas sociais que proporcionem a merecida tranquilidade e segurança para os mais velhos, colabore para transformar a mentalidade de que a velhice é a “*antessala da morte*” (VERAS, 2001).

O que se observa é que a depressão é o problema de saúde mental mais comum em idosos e está associada a uma carga significativa de doenças que afeta pacientes,

suas famílias, comunidades e também a economia.

Devido ao envelhecimento da população espera-se um aumento do número de idosos com depressão e sintomas como humor baixo, interesse, energia e concentração reduzidos, sono ruim, falta de apetite e preocupação com a saúde. A ela associa-se também um declínio funcional que pode exigir maior atendimento ou colocação em uma instalação, estresse familiar, maior probabilidade de doenças físicas comórbidas, menor recuperação de doenças (por exemplo, acidente vascular cerebral) e morte prematura por suicídio e outras causas (BLAZER *et al.*, 2011).

Também costuma haver uma tendência das pessoas verem seus sintomas como parte do processo normal de envelhecimento, o que não é. A depressão nos idosos ainda é subtratada e não tratada, devido em parte a alguns desses problemas (BALDWIN; CHIU; KATONA, 2012).

Blazer (2003) destaca a depressão tardia como a ocorrência de transtorno depressivo maior em adultos com 60 anos de idade ou mais. O transtorno depressivo maior ocorre em até 5% dos idosos e 8 a 16% dos idosos apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos.

Dessa forma, o conhecimento das maneiras pelas quais a idade pode alterar os fatores associados ao aparecimento e manutenção da depressão é essencial para o tratamento eficaz de idosos deprimidos (HASIN *et al.*, 2005).

Pacientes com depressão tardia são heterogêneos em termos de histórico clínico e condições médicas coexistentes. Em comparação com os idosos que relatam um episódio depressivo inicial no início da vida, aqueles com depressão tardia têm maior probabilidade de apresentar anormalidades neurológicas, incluindo *deficits* nos testes neuropsicológicos e alterações relacionadas à idade nas neuroimagens maiores que o normal; além de maior risco de demência subsequente. Tais observações informaram a hipótese de que a doença vascular pode contribuir para a depressão em alguns idosos (TAYLOR; AIZENSTEIN; ALEXOPOULOS, 2013).

Para Blazer (2003), devido às suas consequências devastadoras, a depressão tardia é um importante problema de saúde pública. Está associada ao aumento do risco de

morbidade, aumento do risco de suicídio, diminuição do funcionamento físico, cognitivo e social e maior autonegligência, que, por sua vez, estão associados ao aumento da mortalidade.

Em estudo realizado com residentes em condomínio exclusivo para idosos, Teston, Carreira e Marcon (2014) detectaram que esses têm 2,7 mais chances de desenvolver a sintomatologia depressiva, quando comparado com idosos que residem em comunidade com indivíduos das demais faixas etárias, fato que pode ser explicado pela ausência dos familiares, uma vez que, no condomínio, a convivência ocorre apenas com outros idosos, que, por vezes, se encontram em situação de abandono. O principal achado do estudo foi que uma porcentagem importante de idosas tem sintomas depressivos e estas têm pior estilo de vida que as idosas que não apresentam tal sintoma. No presente estudo foi encontrado frequência de 36% de indícios de depressão na população investigada. O resultado obtido é semelhante ao de outros estudos nacionais realizados com idosos, Nogueira *et al.* (2014) encontraram frequência de 30,6% de indícios depressivos em idosos do município de Porto Alegre-RS.

Silva (2015), em estudo realizado no norte de Minas Gerais, encontrou alta prevalência de sintomas depressivos em idosos que conviviam em comunidade, onde 33% da amostra apresentava indícios de depressão. São diversos os fatores que podem interferir na saúde mental dos idosos, embora na amostra do presente estudo não tenha sido identificada diferença significativa entre os grupos com relação às variáveis sociodemográficas; a literatura destaca que essas têm influência sobre o bem-estar mental de idosos (SILVA, 2015).

Aspectos como a baixa escolaridade, aumento da idade e baixa renda mensal demonstraram relação significativa com a prevalência de depressão em idosos em outros estudos (SILVA, 2015).

O conhecimento das maneiras pelas quais a idade pode alterar os fatores associados ao aparecimento e manutenção da depressão é essencial para o tratamento eficaz de idosos deprimidos, conforme destaca o Quadro 4 (MOJTABAI, 2014).

Quadro 4 - Principais pontos críticos da depressão em idosos

DEPRESSÃO EM IDOSOS
• A depressão tardia (ocorrendo em pessoas com 60 anos ou mais) é comum e geralmente está associada a doenças médicas coexistentes, disfunção cognitiva ou ambas. • Os idosos deprimidos correm maior risco de suicídio. • A triagem para depressão é importante, mas os resultados positivos da triagem devem ser seguidos de uma avaliação completa para avaliar a segurança do paciente e garantir que o tratamento seja justificado. • Farmacoterapia ou psicoterapia podem ser usadas como terapia de primeira linha. • Os antidepressivos disponíveis atualmente mostram eficácia em populações mais velhas deprimidas, mas os adultos mais velhos podem estar em maior risco de efeitos colaterais dos medicamentos. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são considerados farmacoterapia de primeira linha. • Técnicas padronizadas de psicoterapia também são eficazes para a depressão em adultos mais velhos.

Fonte: Adaptado de Mojtabai (2014).

De acordo com a literatura, existem entre 2 a 50% casos de depressão na população idosa, mas esses dados podem variar de acordo com as delimitações do estudo, como definição de idade, local do estudo e método utilizado para avaliar a depressão. Em geral, pertencer ao sexo feminino, possuir baixo nível socioeconômico, abusar de bebidas alcoólicas, viver sozinho, ter histórico de depressão são fatores de risco que favorecem o aparecimento da depressão (GULLICHI; DURO; CESAR, 2016).

Um outro ponto relevante a se destacar e que ainda diz respeito sobre o risco de depressão nesta fase, são fatores como a diminuição monetária em virtude da aposentadoria e o imaginar-se como alguém sem *status*, que não produz nada (FONTOURA; DOLL; OLIVEIRA, 2015; SHOFIELD *et al.*, 2011).

Os critérios de diagnóstico para depressão maior no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), exigem a presença de tristeza ou anedonia com um total de cinco ou mais sintomas em um período de duas semanas de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 - Critérios de diagnóstico do DSM-5 para transtorno depressivo

Critérios de Diagnóstico

Cinco ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes quase todos os dias durante um período de duas semanas:

Sintomas principais (≥1 necessário para o diagnóstico)

Humor deprimido a maior parte do dia

Anedonia ou interesse ou prazer acentuadamente reduzido em quase todas as atividades

Sintomas adicionais

Perda de peso clinicamente significativa ou aumento ou diminuição do apetite

Insônia ou hipersonia

Agitação ou retardo psicomotor

Fadiga ou perda de energia

Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada

Menor capacidade de pensar ou se concentrar ou indecisão

Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida

Fonte: DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Mental Distúrbios, quinta edição.

O humor baixo é menos comum em adultos mais velhos com depressão do que em adultos mais jovens com o distúrbio, enquanto irritabilidade, ansiedade e sintomas somáticos são mais comuns. Estressores psicossociais, como a morte de um ente querido, podem desencadear um episódio depressivo, embora reações transitórias a grandes perdas possam se assemelhar à depressão (BRUCE *et al.*, 2012).

Outro ponto importante é o fato de que uma doença médica coexistente pode complicar o tratamento da depressão. Pessoas com depressão tardia apresentam taxas mais altas de condições coexistentes e uso concomitante de medicamentos do que seus colegas não deprimidos (JIANG *et al.*, 2011).

A relação entre depressão e uma doença médica coexistente pode ser bidirecional: problemas médicos, como dor crônica, podem conferir uma predisposição à depressão, e a depressão está associada a piores resultados para condições como doenças cardíacas (JIANG *et al.*, 2011).

Para Blazer *et al.* (2005), a doença coexistente suscita inclusive preocupações sobre a polifarmácia, incluindo efeitos dos medicamentos psicotrópicos nas condições médicas e no metabolismo de outros medicamentos. Declínios relacionados à idade no metabolismo dos medicamentos também podem contribuir para o aumento das taxas de efeitos colaterais dos medicamentos.

Outra característica importante é o comprometimento cognitivo coexistente, comum em pessoas com depressão tardia, e que pode envolver vários domínios cognitivos, incluindo função executiva, atenção e memória (SACZYNSKI *et al.*, 2010).

A depressão pode ser um fator de risco e uma manifestação de declínio cognitivo: a depressão está associada a um risco aumentado de demência em longo prazo. *Deficits* cognitivos podem ser sinais de envelhecimento cerebral acelerado que confere uma predisposição e perpetua a depressão (SACZYNSKI *et al.*, 2010).

A depressão no idoso é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes, embora não seja normal. Acredita-se que conforme o aumento da idade mais sintomas depressivos são apresentados através das queixas intensificadas de doenças e a presença do quadro de ansiedade (DE ANDRADE; FERREIRA; AGUIAR, 2016).

Para viver com qualidade a pessoa idosa necessita ter conhecimento sobre sua condição e as doenças que podem lhe acometer, o que a auxilia na promoção da própria saúde, reduzindo o sofrimento. Contribuindo para o envelhecimento ativo, tornando a participativa na sociedade, onde demonstra autonomia sobre a própria velhice (DE ANDRADE ; FERREIRA; AGUIAR, 2016).

3.3 PRINCÍPIOS DE TRATAMENTO E ESCOLHA DO ANTIDEPRESSIVO

O *Institute of Medicine of the National Academies* (IOM, 2001) define a prática baseada em evidências (PBE) como a integração das melhores evidências de pesquisa com a experiência clínica e os valores dos pacientes. Ao selecionar uma prática baseada em evidências para o tratamento de depressão em um determinado idoso, é preciso considerar alguns fatores como, por exemplo:

- Se o idoso apresenta problemas e diagnóstico, incluindo a gravidade e a duração da depressão;
- O histórico prévio de resposta do idoso aos tratamentos;
- A presença de outras condições de saúde ou medicamentos;
- A tolerabilidade dos tratamentos com relação aos efeitos colaterais ou esforço

necessário;

- O acesso do idoso ao tratamento;
- A disponibilidade de tratamento para o idoso, incluindo a melhor forma de prestação do serviço;
- As preferências pessoais e a escolha do idoso em intervenções de tratamento e a capacidade de financiar o tratamento;
- Selecionar o tratamento que melhor atenda às necessidades do idoso para se trabalhar melhor com esse indivíduo de forma a identificar as melhores evidências disponíveis e os resultados esperados do tratamento (IOM, 2001).

Mojtabai (2014) ressalta que os tratamentos que foram rotulados como evidências baseadas em prática são diferentes de outros tratamentos, porque elas foram rigorosamente avaliadas pelos cientistas (em pelo menos dois estudos) para determinar se reduzem os sintomas da depressão em adultos mais velhos. Daí a importância de se destacar a implementação dessas evidências, porque comprovadamente são mais eficazes do que os cuidados usuais e não vêm sendo implementadas amplamente na prática.

Vários autores têm estudado os estados depressivos nos idosos. No entanto, a maioria dos artigos enfoca os fatores biológicos da doença, com pouco destaque para os aspectos psicossociais associados ao transtorno (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009).

Felizmente, a depressão em idosos pode ser tratada com sucesso, embora seja necessário primeiro identificar e diagnosticá-la, o que pode ser desafiador nesta população, devido às dificuldades de comunicação causadas por deficiência auditiva ou cognitiva, outras comorbidades com sintomas físicos semelhantes aos da depressão e o estigma associado à doença mental que pode limitar o auto relato de sintomas depressivos (TANNOCK; KATONA, 2005).

Um dos fatores decisivos para a adesão ao tratamento é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico. O tratamento usado para tratar essa população inclui a terapia medicamentosa com antidepressivos (AD). É realizado com a administração de medicamentos que pertencem a uma das seguintes

classes: antidepressivos tricíclicos (ADTs), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (ISRSNs), inibidores da monoaminoxidase (iMAOs) e os antidepressivos atípicos (ISTILLI *et al.*, 2010).

É relevante frisar a importância atribuída à ocupação dos tempos livres em idosos: ler, ver televisão, ouvir música, passear, fazer tricô, jogar cartas, conversar com amigos, sendo que a maior pontuação corresponde a maior importância dada à atividade e lazer (DE ALMEIDA *et al.*, 2012).

Godinho *et al.* (2015) destacam como tratamento alternativo a terapia do riso, que inclui grupos de metodologias e intervenções terapêuticas voltadas a realizar experiências de riso que resultem em melhoria das condições de saúde, tanto físicas como emocionais.

O riso possui três elementos principais: motor, cognitivo e afetivo; envolvem vários circuitos corticais e subcorticais, sistema límbico, áreas especiais (visual, auditiva e olfativa) e o eixo hipotálamo-hipófise, que, quando excitados pela ação de rir, liberam endorfinas, encefalinas e neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, responsáveis por efeitos psicológicos e físicos associados ao riso (RIPOLL; ISABEL, 2010).

No trabalho de Godinho e seus colaboradores foi observado que a terapia do humor foi benéfica para a não progressão da depressão entre os idosos institucionalizados. A prática do exercício físico culminou proteção para o evento de depressão na população. Existem vários relatos e indicação sobre os efeitos benéficos da atividade física para melhorar a depressão em pessoas idosas. Isso devido ao bem-estar psicológico ocasionado pela influência mútua ou pela formação e acolhimento de redes com relações afetivas estabelecidas. Resultados de um trabalho controlado e randomizado demonstraram que, quanto menor a depressão, o indivíduo aparece mais disposto a se manter fisicamente ativo e, conseqüentemente, atenua a possibilidade do regresso dos sintomas depressivos (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

4 CONCLUSÃO

O número de idosos tem sido crescente e evidenciado em todo o mundo. Frente a isso, é necessário priorizar e formular políticas públicas para que a população possa envelhecer com qualidade de vida.

Finalizada a pesquisa, frente a essa problemática e à relevância do tema exposto, justifica-se a necessidade de buscar evidências que apontem quais os fatores associados à depressão em pessoas idosas que vivem no ambiente institucional, no intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido a respeito e auxiliar na melhoria da atenção ofertada a esses indivíduos.

As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes, onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida, associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.

As causas para o episódio de depressão estão relacionadas com a perda de um ente querido, a perda da capacidade de aprendizagem, além da perda da capacidade de realizar atividades físicas e outros. Já o acolhimento e a prática de atividades sociais, principalmente voluntariada, atividade física e participação em atividade religiosa, são fatores positivos, ou seja, que protegem o aparecimento da depressão (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

É importante que os profissionais empreguem em sua prática ferramentas que promovam suas investigações, como a Escala de Depressão Geriátrica e que desenvolvam ações de saúde integrais, que gerem autonomia e participação do idoso na comunidade, seguindo as diretrizes da Política Nacional da Saúde de 2017, procurando compreender que os fatores sociais, culturais e subjetivos se unem a saúde e qualidade de vida do idoso, acordando para a necessidade da assistência holística (SOUSA *et al.*, 2017).

Por fim, convém relatar que, os resultados mostraram que, nos dados dos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2020, foram atendidos pela

Atenção Básica de Saúde cerca de aproximadamente 741 idosos na região, incluindo o sexo masculino e o feminino. Representativamente, foram identificados 85 idosos depressivos, ou seja, 11,47% dos idosos atendidos.

Ainda que em porcentagem menor do que os estudos de prevalência sugerem, que é de 14% a 20% dos idosos, demonstra-se o quão importante é a formulação de políticas públicas voltadas para este público. Dentre estas, pode-se citar: aperfeiçoamento do programa de atenção ao idoso no contexto da Estratégia de Saúde da família através da criação de uma equipe multiprofissional de atenção ao idoso; aperfeiçoamento do programa de assistência social para o idoso; continuidade eficiente na aquisição gratuita de remédios antidepressivos; oferecimento de psicoterapias e terapias ocupacionais como estímulo para a realização de atividades que retomem o prazer; oferecimento de palestras sobre saúde e depressão, encontros, reuniões com participação dos familiares; oferecimento de oficinas (música, teatro, dança, esporte, lazer, artesanato etc.); e por fim, a ampliação da rede de atendimento médico com andrologistas, clínicos gerais, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, etc.; psicólogos e terapeutas.

Por fim, diferente do Estado e do Brasil, no município de Cachoeiro do Itapemirim, ainda ocorrem dificuldades na aquisição de medicamentos por parte dos idosos, fazendo com que o atendimento a este público seja um pouco mais demorado do que em outras regiões.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **IBGE**: esperança de vida do brasileiro aumentou 31,1 anos desde 1940. A expectativa de vida do homem é de 73,1 anos e a da mulher, de 80,1. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-11/ibge-esperanca-de-vida-do-brasileiro-aumentou-311-anos-desde-1940>. Acesso em: 3 mar. 2021.
- ALEXOPOULOS, G. S. et al.; KATZ, I. R; REYNOLDS, C. F. et al. **Farmacoterapia de transtornos depressivos em pacientes idosos**. The expert consensus guideline series: A postgraduate medicine special report. New York: McGraw-Hill; 2011.
- ALEXOPOULOS, G. S.; RAUE, P. J; KIOSSES, D. N. et al. **Terapia para solução de problemas e terapia de suporte em idosos com depressão maior e disfunção executiva: efeito sobre a incapacidade**. Arch Gen Psychiatry 2011; 68:33-41.
- ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.4, 796-802. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 7 de nov. 2020.
- AREÁN P. A. et al. Terapia para solução de problemas e terapia de suporte em idosos com depressão maior e disfunção executiva. **Am J Psychiatry**, v. 167, p. 1391-8, 2010.
- BALDWIN, R. C.; CHIU, E; KATONA, C. et al. Diretrizes sobre depressão em **idosos**: colocando em prática as evidências. London: Martin Dunitz, 2012.
- BARRETO, J. Tratamento actual da depressão no idoso. In: FIRMINO, H.; CORTEZ PINTO, L.; LEUSCHNER, A.; BARRETO, J. (Eds.). **Psicogeriatría**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006. Disponível em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AuYNK8zHkwsJ:https://di.alnet.unirioja.es/descarga/articulo/4126261.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 17 de out. 2020.
- BATISTA, A. S. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, DF: MPS: SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28).
- BAZTÁN, Ángel Aguirre. Antropología de la depresión. **Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 3 – p. 563-601 – set/2008**.
- BEHRING E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015. 213p.
- BERZINS, M. A. V. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serv Soc Soc.**, v. 75, P. 19-34, 2003.
- BLAZER D. G. Depressão na velhice: revisão e comentários. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 58, p. 294-65, 2003.

BLAZER, D. G. et al. Preditores de uso de antidepressivos em idosos: eles mudaram ao longo do tempo? **Am. J. Psychiatry**, v. 162, p. 705-10, 2005.

BLAZER, D. G. et al. Associação de depressão e mortalidade em idosos: um caso para múltiplas vias independentes. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, M505-509, 2011.

BOECHAT, D. **Cuidador de idoso**: a ocupação que mais cresce no Brasil. 01 de maio de 2020. Disponível em: <https://d.emtempo.com.br/economia/201267/cuidador-de-idoso-a-ocupacao-que-mais-cresce-no-brasil>. Acesso em: 4 abr. 2021.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; UnB; 2006. 210p.

BRUCE, M. L. et al. Depressão maior em pacientes idosos em cuidados de saúde em casa. **Am. J. Psychiatry**, v. 159, p. 1367-74, 2012.

BUSH, T. L. et al. **Fatores de risco para morbimortalidade em populações mais velhas**: uma abordagem epidemiológica. In: HAZZARD, W. R.; ANDRES, R.; BIERMAN, E. L.; BLASS, J. P. Principles of geriatric medicine and gerontology. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 125-35.

CACHOEIRO. **Estratégia Saúde da Família**: Novos agentes comunitários de saúde iniciam atividades em Cachoeiro. Cachoeiro do Itapemirim. Publicado em: 24/03/2021. Disponível em <https://www.cachoeiro.es.gov.br/noticias/novos-agentes-comunitarios-de-saude-iniciam-atividades-em-cachoeiro/>. Acesso em 2 de abr. 2021.

CACHOEIRO. **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em <https://www.cachoeiro.es.gov.br/saude-semus/unidades-basicas-de-saude/>. Acesso em 4 de abr. 2021a.

CATTANI RB, GIRARDON-PERLINI NMO. Cuidar do Idoso Doente no Domicílio na Voz de Cuidadores Familiares. **Rev. Eletr. Enferm. [Internet]**. 22º de dezembro de 2005 [citado 14º de outubro de 2021];6(2). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/812>. Acesso em 3 Set. 2020.

CBN. **Saiba se você tem direito a medicamentos pelo SUS**. 05 de novembro de 2020. Disponível em <https://cbncuritiba.com/saiba-se-voce-tem-direito-a-medicamentos-pelo-sus/>. Acesso em 3 de abr. 2021.

COLE, M. G. et al. **Viabilidade e eficácia dos tratamentos para a depressão em idosos hospitalizados**: uma revisão sistemática. *Int Psycho geriatr*, v. 12, p. 453-461, 2010.

CONWELL, Y; THOMPSON, C. Comportamento suicida em idosos. **Psychiatr Clin North Am**, v. 31, p. 333-56, 2008.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

CUNHA, A. de L.; VALADARES, F. A. **Sintomatologia depressiva pode alterar o estilo de vida de idosos**: Estudo Transversal Caso-Control. Vitória, 2018. Universidade Federal do Espírito Santo Centro de Educação Física e Desportos Disponível em https://cefd.ufes.br/sites/cefd.ufes.br/files/field/anexo/adriel_cunha_e_felipe_valadare_sintomatologia_depressiva_pode_alterar_o_estilo_de_vida_de_idosos_estudo_transversal_caso-control_0.pdf. Acesso em: 13 de out. 2020.

DE ALMEIDA L, SÓNIA Q., et al. **"Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal."** *Acta Medica Portuguesa*, 2012; 25(6): 350-358. Lei 8.842/1996.

DE ANDRADE A. B. C. A.; FERREIRA, A. A.; AGUIAR, M. J. G de. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. **Saúde em Redes**, v. 2, n, 2, p. 157-166, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330261268_Fatores_associados_a_depressao_em_idoso. Acesso em: 3 out. 2020.

DEBERT, G. G. Políticas Públicas diante do Envelhecimento no Brasil. In: ABREU, A. R. P; HIRATA, H; LOMBARDI, M. R (org.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França**. Perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 247–256.

DEBRUYNE, H. et al. A escala de depressão geriátrica é uma ferramenta de rastreamento confiável para sintomas depressivos em pacientes idosos com comprometimento cognitivo? **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 24, p.556-562, 2009.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2013. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3423/1/3333333.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

EDWARDS, J. **Dementia and Depression in older people. International Psychogeriatric Association**. IPA, (oral presentation). 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2020.

FONTOURA, D. S.; DOLL, J., & OLIVEIRA, S. N. **The Challenge of Retiring in the Contemporary World. Educ. Real.**, v. 40, n. 1, p. 53-79. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v10n2/09.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

GERSON, S. et al. Tratamentos farmacológicos e psicológicos para pacientes idosos deprimidos: uma meta-análise e visão geral de descobertas recentes. **Harv Rev Psychiatry**, v. 7, p. 1-28, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILL, D; HATCHER, S. **Antidepressivos para depressão em pessoas com doenças**

físicas. *Cochrane Database Syst Rev*., v. 2, n.CD00131, 2010.

GIAVONI, A. et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

GONZÁLEZ, L. A. M. et al. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-39, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.

GODINHO B. P. W. et al. "Efeito da intervenção clown no padrão de depressão de idosos em instituição de longa permanência." **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n 2, p. 765-771, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330261268_Fatores_associados_a_depres_sao_em_idoso. Acesso em: 3 out. 2020.

GOULD, R. L. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para depressão em idosos**: uma meta-análise e meta-regressão de ensaios clínicos randomizados. *J Am Geriatr Soc* 2012;60: 1817-30.

GULLICH I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 691-701 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330261268_Fatores_associados_a_depres_sao_em_idoso. Acesso em: 3 out. 2020.

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 73 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em 7 de nov. 2020.

HARTMANN JUNIOR, A. P.; SILVA, R. A.; BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009.

HASIN, D. S. et al. Epidemiologia do transtorno depressivo maior: resultados do inquérito epidemiológico nacional sobre alcoolismo e condições relacionadas. **Arch. Gen.Psychiatr**, v. 62, p. 1097-106, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro; 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2018. Rio de Janeiro.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Ministério da Economia. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Rio de Janeiro, 2020.

IOM. Institute of Medicine of the National Academies. **Comitê de Qualidade da Assistência à Saúde na América**. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.

ISTILLI P. T. et al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 132-139, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330261268_Fatores_associados_a_depressao_em_idoso. Acesso em: 3 out. 2020.

JIANG, W. et al. Relação entre depressão e aumento do risco de mortalidade e reinternação em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Arch Intern Med**, v. 161, p.1849- 56, 2011.

JORM, A. F. História de depressão como fator de risco para demência: uma revisão atualizada. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 35, p. 776-81, 2001. [PubMed: 11990888]

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**, v. 7ª edição. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

KARP, J. et al. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 101, n. 1, p. 111-120, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

KIOSSES, D. N. et al. Intervenções psicossociais para depressão maior no final da vida: tratamentos baseados em evidências, preditores de resultados do tratamento e moderadores dos efeitos do tratamento. **Psychiatr Clin North Am**, v. 34, p. 377-401, 2011.

KIRBY, D. et al. Hiponatremia em pacientes psiquiátricos idosos tratados com inibidores seletivos da recaptação de serotonina e venlafaxina: estudo retrospectivo controlado em uma unidade de internação. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 17, p. 231-237, 2012.

KRISHNAN, K. R. Fatores de risco biológico na depressão tardia. **Biol. Psychiatry**, v. 52, p. 185-92, 2012. [PubMed: 12182925]

KUNZLER, R. B. **A ressignificação da vida cotidiana a partir da aposentadoria e do envelhecimento**. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

LOURENÇO, Tainá . **Pesquisa do IBGE aponta que idosos são os mais afetados pela depressão**. Jornal da USP. 2021. Disponível em

<https://jornal.usp.br/atualidades/pesquisa-do-ibge-aponta-que-idosos-sao-os-mais-afetados-pela-depressao/>.

MARINA, C. S. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2005.

MINAYO M. C. de S. (Org). **“A pesquisa qualitativa”**. In: autor? Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

MOJTABAI R. Diagnosticando a depressão em idosos na atenção primária. **N Engl J Med**, v. 370, p. 1180.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 2007.

MOREIRA, Marli. **Economistas defendem inserção de idosos no mercado de trabalho**. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação. São Paulo. 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-11/economistas-defendem-insercao-de-idososno-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 12 maio 2021.

MOSSEY, J. M. et al. Eficácia de uma intervenção psicossocial, aconselhamento interpessoal, para depressão subdistímica em idosos. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 51, p. M172-M178, 2006.

NERI, A. L.; FREIRI, A. S. **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papirus, 2010.

NOGUEIRA E. L. et al. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n.3, p. 368-377, 2014. Disponível em: https://cefd.ufes.br/sites/cefd.ufes.br/files/field/anexo/adriel_cunha_e_felipe_valadare_s_sintomatologia_depressiva_pode_alterar_o_estilo_de_vida_de_idosos_estudo_transversal_caso-controle_0.pdf. Acesso em: 17 out. 2020.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, J: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, M. S. S. et al. Saúde Mental do Idoso com enfoque na Depressão. **Revista e-Ciência**, v. 4, n. 1, p. 26-33, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S21750272018000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Pesquisa econômica e social mundial 2015: desenvolvimento em um mundo em envelhecimento**. New York: United Nations; 2015. Disponível em <http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/pdf>. Acesso em 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Suíça: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 2020.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Depressão**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Ministério da Saúde (Texto original: *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*). Direcção-Geral da Saúde. 1.^a edição, Lisboa, abril de 2002.

PACHECO, J. L. **Educação, Trabalho e Envelhecimento**: Estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria. Tese de Doutorado – Educação / Gerontologia. UNICAMP, Campinas, SP. 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2020.

PAMERLEE, P.A. et al.; KATZ, I.R.; LAWTON, M.P. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. **Journal of Gerontology**, v. 44, p. 22-29. 1989. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2020.

PINQUART, M.; DUBERSTEIN, P. R; LYNESS, J. M. **Tratamentos para condições depressivas na vida adulta**: uma comparação meta-analítica de farmacoterapia e psicoterapia. **Am. J. Psychiatry**, v. 163, p. 1493-1501, 2014.

PONZETTO, M. et al. Fatores de risco na velhice. **Arch Gerontol Geriatr Suppl.**, v. 8, p. 283-90, 2002.

REYNOLDS, C. F. et al. Nortriptilina e psicoterapia interpessoal como terapias de manutenção para depressão maior recorrente: um estudo controlado randomizado em pacientes com mais de 59 anos. **JAMA**, v. 281, p. 39-45, 2009.

RIPOLL R. M.; ISABEL Q. C. "Laughter and positive therapies: modern approach and practical use in medicine." **Revista de Psiquiatria y Salud Mental** (English Edition), v. 3, n. 1, p. 27-34, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330261268_Fatores_associados_a_depressao_em_idoso. Acesso em: 3 out. 2020.

ROBERT, J.; VERHOEK-OFTEDAHL, W. Cuidados e abuso de idosos. **Medicine & Health Rhode Island**, v. 94, n. 2, p. 47–49, 2011.

ROOSE, S. P.; et al. Farmacoterapia antidepressiva no tratamento da depressão em idosos: um estudo randomizado, controlado por placebo. **Am J Psychiatry**, v. 161, p. 2050-9, 2004.

SACZYNSKI, J. S. et al. Sintomas depressivos e risco de demência. **The Framingham Heart Study. Neurology**, v. 75, p. 35-41, 2010.

SALGUEIRO, H. D. Determinantes psicossociais da depressão no idoso. **Nursing**, v. 222, 2007. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AuYNK8zHkwsJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4126261.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SCHNEIDER, L. S. et al. Um estudo multicêntrico de 8 semanas, em grupo paralelo, duplo-cego, controlado por placebo, com sertralina em idosos ambulatoriais com depressão maior. **Am J Psychiatry**, v. 160, p. 1277-85, 2003.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, out./dez. 2008, p. 585-593.

SCHOFIELD, D. J. et al. Quantifying the effect of early retirement on the wealth of individuals with depression or other mental illness. **Br J Psychiatry**, v. 198, n. 2, p. 123-128, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v10n2/09.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

SILVA, U. M. da. **Alterações no estilo de Vida de idosas com e sem sintomatologia depressivos (depressiva) de acordo com o nível de Atividade Física**. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu; 2015. Disponível em https://cefd.ufes.br/sites/cefd.ufes.br/files/field/anexo/adriel_cunha_e_felipe_valadare_s_sintomatologia_depressiva_pode_alterar_o_estilo_de_vida_de_idosos_estudo_transversal_caso-controle_0.pdf. Acesso em 17 de out. 2020.

SOUSA K. A. et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME rev. min. enferm**, v. 21, n. 2, p. 82-93, 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7ZgPIB4fBZMJ:https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/239/154+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 3 out. 2020.

SOUSA, R. L. De. Estudo da capacidade funcional do idoso hospitalizado em unidades de clínica geral do HULW/UFPB - In: JORNADA PARAIBANA DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO, 2, 2002, **Resumos**. João Pessoa, 2002.

STELLA, F. **Factors influencing psychotropic prescription by non-psychiatrist physicians in a nursing home for the elderly in Brazil**. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 124, n. 5, p. 253-6, 2002.

TANNOCK, C.; KATONA, C. Depressão menor em idosos. Conceitos, prevalência e gestão ideal. **Drugs Aging**, v. 6, p. 278-292, 2005.

TAYLOR, W. D.; AIZENSTEIN, H. J; ALEXOPOULOS, G. S. A hipótese da depressão vascular: mecanismos que ligam a doença vascular com depressão. **Mol Psychiatry**, v. 18, p. 963-74, 2013.

TESTON E. F.; CARREIRA L; MARCON S.S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev. bras. Enferm**, v. 67, n. 3, p. 450-456, 2014. Disponível em: https://cefd.ufes.br/sites/cefd.ufes.br/files/field/anexo/adriel_cunha_e_felipe_valadare

s_sintomatologia_depressiva_pode_alterar_o_estilo_de_vida_de_idosos_estudo_transversal_caso-controle_0.pdf. Acesso em: 17 out. 2020.

TOLLEFSON, G. D. et al. Estudo clínico duplo-cego, controlado por placebo, de fluoxetina em pacientes geriátricos com depressão maior. **Int Psychogeriatr**, v. 7, p. 89-104, 2005.

TRICHES, Alexandre. **Impactos da Reforma da Previdência da população idosa.** Dom Total. (Cidade), 01 fev. 2018. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD4_SA10_ID3091_10062019234341.pdf. Acessado em: 02 mar. 2021.

VERAS, R. P. (org.) **Velhice numa perspectiva de futuro saudável.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54 2009.

VERAS, R. P. **Terceira idade:** gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará; 2012.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N; SOARES, D. H. P. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho:** Construção de projetos para o pós-carreira. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2010. Disponível em: <http://ead.ifnmg.edu.br/uploads/documentos/8rrFdOZMbo.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice:** aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.