

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

RIO DE JANEIRO

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária À Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Mestranda: Vivian Starec

Orientadora: Prof. Dra. Livia Maria Santiago.

RIO DE JANEIRO

2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA

Starec, Vivian.

Avaliação e manejo dos sintomas depressivos em idosos na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa

Vivian Starec – Rio de Janeiro, 2020. 65p.:il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado Profissional de Atenção Primária à Saúde. 2020.

Orientadora: Prof. Dra. Livia Maria Santiago.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Sintomas Depressivos. 5. Idoso.

AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Vivian Starec

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Assinatura:

Prof. Dr
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Assinatura:

Prof. Dr
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Assinatura:

*Aos meus filhos,
Desde sempre..Para sempre..*

Tenho rugas...

Olhei para o espelho e descobri que tinha muitas rugas, em volta dos olhos, na boca, na testa.

Eu tenho rugas porque eu tive amigos... e nós rimos, mas tanto, até às lágrimas.

Eu tenho rugas porque conheci o amor que me fez espremer os olhos de alegria.

Eu tenho rugas porque tive filhos e fiquei preocupada com eles desde a concepção, mas também porque sorri para todas as suas novas descobertas e porque passei muitas noites em claro....

Tenho rugas porque eu também chorei...

Chorei pelas pessoas que amei e que foram embora, por pouco tempo ou para sempre, sabendo ou sem saber o porquê.

Tenho rugas porque passei horas sem dormir para observar os projetos que correram bem... mas também para cuidar a febre das crianças, para ler um livro ou fazer amor.

Vi lugares lindos, novos, que me fizeram abrir a boca espantada e ver os lugares antigos, antigos, que me fizeram chorar.

Dentro de cada sulco no meu rosto e no meu corpo, se esconde a minha história... se escondem as emoções que vivi... a minha beleza mais íntima.

E se apagar isso, apago a mim mesma.

Cada ruga é uma anedota da minha vida, uma batida do meu coração, o álbum de fotos das minhas memórias mais importantes!!!

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, companheiro de todas as horas, por ter me dado forças de perseverar, mesmo quando tudo parecia soprar contra....

Aos meus filhos, Natalie e Alon, por terem suportado todas as ausências que tive sem muitas reclamações, e me ensinarem a enfrentar a vida com muita resiliência. São, literalmente, minha fonte de energia.

À minha mãe, Ana Marlene, pelo eterno e tão importante apoio, estimulando sempre que eu não desistisse e estando sempre ao meu lado.

Ao meu pai, em memória, pelo apoio eterno e pelo modelo de médico, profissional de saúde que me ensinou a perseverar e lutar pelos ideais e pela qualidade de atendimento em saúde para todos os pacientes. Sei que, de onde ele estiver me olhando, está orgulhoso do meu trajeto profissional e acadêmico, principalmente neste mestrado, por ser da faculdade de medicina da Universidade do Brasil (UFRJ), onde ele se graduou.

Ao meu irmão, André, pela presença constante em minha vida, e por todo o apoio sempre. Sem sua presença, não teria conseguido, de forma nenhuma.

À minha querida orientadora, Prof. Dra. Lívia Maria Santiago, pela paciência, estímulo, amizade e sábias colaborações durante todo meu percurso. E haja paciência com a minha dificuldade em focar, rs. Acrescento à esse agradecimento, um especial para o Noel, participante ativo de muitas horas de orientação, trazendo alegria e momentos de descontração a esse trabalho. Muitas lambidinhas pra ele..rs

Aos meus colegas de turma, pelo compartilhamento de saberes e reflexões, que tornou esse curso tão especial.

À UFRJ, por ter proporcionado esse curso tão rico em saber e tecnologias de ensino, que me fez sair muito diferente de como entrei.

Ao coordenador da área 2.2, Dr. Alexandre Modesto, pela autorização a minha participação neste mestrado.

Às minha colegas de Fabiana, Ana Paula e Jemina, pela amizade e estímulo para a não desistência. O que seria de mim sem vocês, queridas?

A diabetes tipo 1 e outros problemas crônicos de saúde, por terem me acompanhado, embora com alguns sustos, porém sem causar motivos para paralisação do curso.

Desafios:

Em uma vida moderna louca - mãe solteira de dois, psicóloga, assistente social, servidora pública, diabética tipo 1, filha, irmã, tia, paciente, com mais de meio século de existência - decidir por iniciar um mestrado na Faculdade de Medicina da UFRJ já seria um desafio muito grande, mas acolhido e muito desejado por mim.

Neste percurso várias surpresas boas e ruins aconteceram, tanto profissionais quanto pessoais, mudança de CAP, ninho esvaziando, muitos sangramentos retinianos, perda temporária de visão, retina descolando, vitrectomia, viagens, computadores quebrando, conta e cartão clonados, saída do NASF, volta ao ambulatório, e criatividade e lado artístico reafirmando.

Mas, pensando em todos os desafios, gostaria de focar em dois principais, que podem se tornar úteis reflexões para colegas.

São eles: uma nova forma de ler e estudar, onde tive que aprender uma mudança radical na maneira de focar segundo o método de pesquisa escolhido, novo para mim; e a dificuldade afetiva e prática de trabalhar assuntos relacionados a APS no atual momento municipal e nacional.

Em primeiro lugar, o aprendizado de uma nova maneira de ler artigos e focar no estudo. Como psicóloga e assistente social, em todo o meu percurso acadêmico e também por escolha, sempre li muito. Minha curiosidade sempre me fez pesquisar e estudar diversos assuntos, porém, de uma maneira que pra mim era automática. Ou seja, a leitura nunca se focou em números nas pesquisas, se eu me deparava com alguns artigos que repetiam os mesmos assuntos, aquilo de alguma maneira se transformava em uma categoria na minha cabeça, se transformando depois em um saber, mas jamais saberia dizer quantos disseram aquilo, nem quem.

Foi assim que comecei esse trabalho, até me deparar com perguntas para montar o quadro que eu não sabia responder. Tive que fazer um retorno aos artigos lendo-os com outros “óculos”, totalmente novos para mim. E retornar algumas vezes, aprendendo e reaprendendo a focar.

Isso pode parecer tão óbvio para algumas pessoas, mas foi um grande desafio pra mim, e creio que também o será para outros com mentalidade e forma de leitura parecidas com a minha. Desafio esse desejado também, pois queria me desafiar a fazer uma coisa que jamais havia feito antes.

O segundo grande desafio tem relação a APS e os diferentes momentos políticos que estamos passando.

Como servidora apaixonada pela APS, me identifiquei rapidamente com todos os princípios dela, e a ESF, no Rio de Janeiro me chamava para me juntar a ela e eu fui, assim que pude, fazer parte da equipe NASF.. Nos últimos anos, fui sempre “uma estranha no ninho super feliz”, geralmente sendo a única servidora entre os contratados pelas OSs. Sempre tive muito orgulho deste pertencimento, da forma de trabalho com apoio matricial às equipes ESF, dos grupos montados, dos questionamentos das equipes, da forma como podia ajudar a inserir uma escuta do lado psicológico e psicossocial das histórias contadas, ajudar a inserir a saúde mental dentro da prática geral da saúde, retardar as respostas impulsivas a certas demandas, e, talvez o mais importante, ajudar os profissionais em seu próprio autoconhecimento, suas qualidades humanas às vezes tão esquecidas durante a prática da vida profissional, prevenindo ou cuidando do burn out profissional, tão comum e ocultado no discurso, mas sempre presente quando se abre a disponibilidade de uma escuta afetiva e efetiva, sem julgamentos..

Afinal, quem cuida de quem cuida?

No momento de incerteza atual sobre o futuro da APS, pelo menos da maneira como tive a oportunidade de participar, a dificuldade de discorrer sobre as práticas de manejo, de escuta, de cuidado a uma população com necessidades imensas de saúde, quase me levou a desistência de prosseguir nesta dissertação.

Como falar do trabalho do NASF em um momento que não estou mais nele, que ele não aparece mais no financiamento público?. Como falar de grupos, quando estes estão sendo acabados, mesmo que temporariamente? Como falar de uma forma de rastreamento dos sintomas depressivos em idosos, se estamos com dificuldades de rastrear até doenças prioritárias pelos indicadores de saúde?

Prossigo, com esperança de ver muitos olhinhos brilhando novamente, tanto dos queridos usuários da APS quanto dos profissionais da mesma.

SUMÁRIO

Resumo	ix
Abstract	x
1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1. Um pouco de história	4
2.2. Envelhecimento e saúde nas políticas públicas	6
2.3. Transtornos mentais comuns e comorbidades em idosos	1
2.4. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos	13
2.5. Gestão de cuidado ao idoso na Atenção primária à saúde: sintomas depressivos	14
3. JUSTIFICATIVA	17
4. OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo Geral	18
4.2. Objetivos Específicos	18
5. MÉTODOS	19
6. RESULTADOS	22
7. DISCUSSÃO	35
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão integrativa de literatura, Rio de Janeiro. 2018.	23-31
Tabela 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa. Rio de Janeiro. 2018.	32
Tabela 2. Sinais, sintomas e fatores associados à depressão em idosos. Rio de Janeiro. 2018.	33
Tabela 3. Instrumentos utilizados por pesquisadores para identificação de sinais e sintomas depressivos em idosos nos artigos selecionados. Rio de Janeiro. 2018.	34

LISTA DE ABREVIATURAS

Atenção Primária à Saúde	APS
Biblioteca Virtual em Saúde	BVS
Center for Epidemiological Studies Depression Scale	CES-D
Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso	CRASIS
Doença de Alzheimer	DA
Escala Geriátrica de Depressão	GDS
Instituições de longa permanência para idosos	ILPIs
Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde	LILACS
Mato Grosso	MT
Mato Grosso do Sul	MS
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online	MEDLINE
Minas Gerais	MG
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NASF
Organização Mundial da Saúde	OMS
Política Nacional do Idoso	PNI
Política Nacional de Saúde do Idoso	PNSI
Prevention of suicide in primary care elderly: a collaborative trial	PROSPECT
Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso	PADI
Revisão integrativa da literatura	RIL
Rio de Janeiro	RJ
Scientific Electronic Library Online	SciELO
Sistema Único de Saúde	SUS
Sistema Nacional de Regulação	SISREG
Unidade de Terapia Intensiva	UTI

RESUMO

Introdução: O presente estudo parte das afirmações: 1. o envelhecimento da população é um fato observado mundialmente, tanto em números absolutos quanto proporcionais. 2. A Organização Mundial da Saúde considera a depressão a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde. 3. Os sintomas depressivos, quando identificados, podem ser tratados. Assumimos a importância da avaliação e manejo dos sintomas depressivos durante o envelhecimento, especialmente na Atenção Primária à saúde, uma vez que trazem consequências negativas para a saúde, bem estar e qualidade de vida dos idosos. **Objetivo:** Identificar estratégias de avaliação e manejo dos sintomas depressivos utilizados com usuários idosos nos serviços da atenção primária à saúde (APS) na literatura científica mundial. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica mundial, com a finalidade de identificar estratégias de avaliação dos sintomas depressivos em usuários idosos e experiências de manejo dos mesmos no contexto da Atenção Primária à Saúde. A busca foi realizada nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE, por meio da U.S. National Library of Medicine National Institute of Health – PubMed; Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde – LILACS através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a realização da busca foram utilizados descritores controlados: “depressive symptoms” OR “depression” AND “elderly” OR “aged” OR “idoso” AND “primary health care”. Todos os termos e palavras foram confirmados como descritores incluídos no DECS - Descritores em Ciências da Saúde, excetuando “depressive symptoms”. Entretanto, o DECS apresenta o termo como um sinônimo de depressão no idioma português. O levantamento das publicações indexadas nas bases de dados selecionadas foi realizado no período de fevereiro a março de 2018. Os critérios de inclusão utilizados para a busca de artigos foram: artigos científicos publicados na íntegra em periódicos indexados, nos idiomas inglês, português e espanhol no período de 2009 a 2018. Foram incluídos estudos de desenho quantitativo ou qualitativo, desde que descrevessem formas de identificação dos sintomas depressivos em idosos e/ou apontem ações de cuidados com os mesmos no contexto da APS. **Resultados:** Foram incluídos 24 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Evidenciou-se que a maior prevalência das publicações está concentrada entre os anos de 2010 e 2016. Os dados revelaram que os Estados Unidos aparecem como líderes na publicação e os demais artigos são distribuídos entre países europeus, Brasil e Tailândia. E constatou-se que o maior percentual de nível de evidência foram de estudos de delineamento descritivo. **Discussão:** Após a leitura dos artigos, emergiram três categorias: Os fatores sociodemográficos, etiológicos, sinais e sintomas associados aos sintomas depressivos em idosos.; O uso de instrumentos para a avaliação dos sinais e sintomas depressivos em idosos; O papel da Atenção Primária à Saúde no manejo e prevenção dos sinais e sintomas depressivos em idosos. **Considerações finais:** Foi observada a existência de lacuna de publicações acerca das intervenções realizadas para manejo na APS. A maior parte das pesquisas relataram o uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) para rastreamento dos sintomas depressivos. Nos estudos, mostra-se necessário não apenas o rastreamento, mas também intervenções capazes de tratar, prevenir, evitar agravamentos dos sintomas depressivos, assim como promover um envelhecimento saudável, por meio tanto de medicamentos, quanto de práticas psicossociais, terapêuticas e promotoras de autonomia e formação e fortalecimento dos laços sociais e culturais.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Sintomas Depressivos. Idoso. Depressão

ABSTRACT

Introduction: The present study starts from the statements: 1. the aging of the population is a fact observed worldwide, both in absolute and proportional numbers. 2. The World Health Organization considers depression to be the leading cause of disability among all health problems. 3. Depressive symptoms, when identified, can be treated. We assume the importance of assessing and managing depressive symptoms during aging, especially in Primary Health Care, since they have negative consequences for the health, well-being and quality of life of the elderly. **Objective:** To identify strategies for the assessment and management of depressive symptoms used with elderly users in primary health care (PHC) services in the world scientific literature. **Method:** This is an integrative review of the scientific literature worldwide, with the purpose of identifying strategies for assessing depressive symptoms in elderly users and their management experiences in the context of Primary Health Care. The search was carried out in the Medical databases Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE, through the US National Library of Medicine National Institute of Health - PubMed; Latin American Literature in Health Sciences - LILACS through the Virtual Health Library - VHL and the Scientific Electronic Library Online (SciELO). To perform the search, controlled descriptors were used: “depressive symptoms” OR “depression” AND “elderly” OR “aged” OR “elderly” AND “primary health care”. All terms and words were confirmed as descriptors included in DECS - Health Sciences Descriptors, except for “depressive symptoms”. However, DECS presents the term as a synonym for depression in the Portuguese language. The survey of publications indexed in the selected databases was carried out from February to March 2018. The inclusion criteria used to search for articles were: scientific articles published in full in indexed journals, in English, Portuguese and Spanish in period from 2009 to 2018. Quantitative or qualitative design studies were included, as long as they describe ways of identifying depressive symptoms in the elderly and / or point out care actions with them in the context of PHC. **Results:** 24 articles were included that met the inclusion criteria previously established. It became evident that the highest prevalence of publications is concentrated between the years 2010 and 2016. The data revealed that the United States appears as leaders in the publication and the other articles are distributed among European countries, Brazil and Thailand. And it was found that the highest percentage of evidence level was from descriptive design studies. **Discussion:** After reading the articles, three categories emerged: Sociodemographic, etiological factors and signs associated with depressive symptoms in the elderly.; The use of instruments to assess depressive signs and symptoms in the elderly; The role of Primary Health Care in the management and prevention of depressive signs and symptoms in the elderly. **Final considerations:** It presented the existence of a publications gap about the interventions performed for management in PHC. The vast majority of research has reported the use of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) for tracking depressive symptoms. In the studies, it is necessary not only the screening but also interventions capable of treating, preventing, preventing worsening of depressive symptoms, as well as promoting healthy aging, both through medication and psychosocial therapeutic interventions, autonomy and forming and strengthening social network and cultural ties.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Mental Health. Depressive symptoms. Elderly. Depression

1. INTRODUÇÃO

Do país majoritariamente jovem e rural que se observava na década de 1970, o Brasil atual apresenta uma configuração cada vez mais urbana e uma elevação contínua da proporção de pessoas com 60 anos ou mais, sendo também expressivo o contingente de indivíduos muito idosos, ou seja, com 80 anos ou mais (GROISMAN, 2014; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Inicialmente, contribuiu para o fenômeno conhecido como transição demográfica, a redução das taxas de mortalidade e, posteriormente, a queda das taxas de natalidade, o que provocou importantes alterações na estrutura etária da população brasileira. Paralelo às mudanças demográficas, ocorreram modificações no padrão de morbimortalidade da população, que dizem respeito à redução da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, fenômeno conhecido como transição epidemiológica (LEBRÃO, 2009). Pode-se observar uma relação intrínseca entre a transição demográfica e a transição epidemiológica, visto que ambas contribuem para o processo de envelhecimento da população e para o desenvolvimento de um perfil de morbidade em que se destacam as doenças crônicas, que perduram por longos períodos de tempo, tornando-se muitas vezes múltiplas (comorbidades), podendo acarretar importantes comprometimentos na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos, especialmente dos idosos (LEBRÃO, 2009).

Quanto ao aumento da expectativa de vida, considera-se que represente uma importante conquista social e seja resultante da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais (BRASIL, 2014). Entretanto, esse aumento da expectativa de vida vem acompanhado por um novo contexto atual da sociedade brasileira, em que se apresenta uma redução do número médio de filhos por família, aliado à participação ativa das mulheres no mercado de trabalho, gerando a indisponibilidade de familiares que possam se dedicar aos cuidados, tanto dos filhos, quanto dos pais e avós (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Além disso, não seria realista pensar a saúde no envelhecimento como um estado de ausência de morbidades, devendo ser considerada como um resultado da interação entre diversos fatores biopsicossociais, que causam grande impacto na prevenção e controle das doenças e de seu agravamento, sendo necessário que se ofereça serviços de saúde pautados

no princípio da integralidade (RAMOS, 2002). Segundo Groisman (2014), um dos grandes desafios para a sociedade brasileira nas próximas décadas será o que fazer para cuidar de todas as pessoas idosas, considerando nossa realidade atual, somado à projeção de um aumento contínuo dessa população, seja em números absolutos ou proporcionais.

Dentre as diversas condições de saúde que se destacam na literatura científica atual sobre o envelhecimento encontra-se a depressão ou síndrome depressiva. A depressão se caracteriza por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade, sendo seus elementos mais salientes o humor triste e o desânimo. Em casos graves de depressão, podem estar presentes também alguns sintomas psicóticos, como delírios e alucinações (DALGARRONDO, 2008).

A depressão é considerada importante problema de saúde pública com perspectivas futuras preocupantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2030, o transtorno será a principal patologia na carga global de doenças no mundo, sendo mais intenso em países de baixa e média renda, devido ao subdiagnóstico e subtratamento (WHO, 2011). As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública, sendo que a depressão maior unipolar é considerada pela OMS a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (DALGARRONDO, 2008). Assim, tais síndromes merecem especial atenção durante o envelhecimento, uma vez que apresentam prevalência e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (GAZALLE, 2004).

Minha experiência como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), me leva à inquietação o reconhecimento da grande frequência de usuários com queixas de sintomas depressivos e o quanto tal condição compromete a adesão aos tratamentos de outras morbidades (como a diabetes e hipertensão). Além disso, muitos desses sintomas não são identificados, sendo uma das consequências os pacientes se tornarem poliqueixosos e hiperfrequentadores, por estarem, muitas vezes, buscando um apaziguamento do sofrimento causado por fatores sociais, que são somatizados, tornando-se uma causa “socialmente aceitável” para a busca de vínculo nas equipes da atenção primária.

Diante deste cenário, é importante a implantação de estratégias eficientes no acolhimento dos idosos pelos profissionais de saúde nos serviços de atenção primária à saúde, o fortalecimento das relações formais e a identificação precoce de risco de agravamento dos

sintomas depressivos, como por exemplo, as limitações na capacidade funcional geradoras de insatisfação com a vida e de falta de autonomia (BRETANHA et al, 2015).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, os indivíduos possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

Este estudo visa investigar a existência e o funcionamento de estratégias de avaliação e manejo dos sintomas depressivos utilizados com usuários idosos nos serviços da atenção primária de saúde na literatura científica mundial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Um pouco de história

[...] foram inquestionavelmente as transformações que ocorreram nos registros social, político, ético e estético que inscreveram afirmativamente a velhice nas suas relações com o mundo e forjaram assim novas modalidades de subjetivação para os idosos, que se precipitaram na constituição do significante no nível da linguagem e do conceito de terceira idade no registro do discurso científico (BIRMAN, 2015).

Os idosos deslizaram por diferentes papéis sociais em nossa história humana. Sem pretensão de detalhar todas as facetas desta trajetória, resumo alguns capítulos que parecem importantes para compreender os desafios que enfrentamos na atualidade em relação ao cuidado com essa população.

Iniciando o relato na antiguidade ou idade média, muito antes da invenção dos meios técnicos de impressão, os velhos representavam simbolicamente a memória coletiva das comunidades e ocupavam posições importantes na gestão coletiva das mesmas por terem mais anos e experiência de vida e, portanto, serem considerados sábios. Nesta época, quando a organização social se dava em clãs, tribos, família extensas, o idoso tinha um papel social importante, que lhe garantia a respeitosa inserção social.

Na modernidade, a velhice perde essa posição privilegiada, na qual se conjugavam intimamente os registros da sabedoria, da ancestralidade e da tradição. Com a revolução industrial e todos os fatores desencadeados por ela, a velhice perde seu valor de sabedoria, ficando sob o prisma da ociosidade, da não valia, do sem lugar em uma família nuclear, do não produtivo numa sociedade onde a produção é uma das coisas mais importantes.

Birman (2015) comenta que, no século XIX, nos primórdios do capitalismo mercantil, no qual o ócio era moralmente condenado, a velhice começou a ser progressivamente excluída do campo social ao lado da loucura, da delinquência, da criminalidade com o grande internamento no hospital geral. Lembrando que o hospital geral não tinha intuito de cuidado e cura como conhecemos o conceito de hospital hoje, mas o de abrigamento e afastamento social.

Ainda, Foucault (1972 apud Birman 2015) afirma que, na aurora da modernidade, com a desconstrução do hospital geral e a construção de asilos para a loucura e prisões para a criminalidade, a velhice retorna ao espaço social aberto, para o seio da família, que passou

a ter o encargo de cuidar dos seus velhos com seus próprios recursos econômicos. Nesse momento o velho vira um peso, tanto econômico quanto social, sem lugar de direito em uma família nuclear, sem condição de produzir recursos, perdendo o que ainda pudesse existir de aura de sabedoria, e vivendo sob a ótica da negatividade.

“O que cabia aos velhos era a expectativa da morte real, para materializar a morte simbólica que já ocorrera no espaço social, de forma a delinear o destino concreto e trágico para o corpo estranho representado pela velhice” (BIRMAN, 2015).

Na atualidade, a longevidade resultante das melhores condições de vida, alimentação, habitação, sistema de segurança social e outros é a condição de possibilidade para alavancar uma nova experiência simbólica e social da velhice. A problemática do envelhecimento foi decididamente retirada do campo do “silêncio” e inscrita de maneira eloquente no campo do “discurso” (BIRMAN, 2015).

Dessa maneira, a biologia e a medicina como discursos científicos, passaram a se indagar teoricamente sobre os processos presentes no envelhecimento e foram forjadas diferentes práticas terapêuticas e preventivas para intervir no campo do envelhecimento, sendo esse inscrito ativamente no campo dos cuidados. Com efeito, a figura do velho ganhou com isso não apenas novos contornos, como também realizações diversas.

A resultante maior de tudo isso foi a constituição da gerontologia como especialidade médica, de fato e de direito, de forma a nortear as novas pesquisas e as novas modalidades de assistência aos idosos. Em consequência disso, os velhos foram ativamente e positivamente inscritos no espaço social, de múltiplas maneiras.

De figura silenciosa, solitária, invisível e esquecida no espaço da família, em suas novas figurações os velhos passaram a ter uma intensa experiência social. Com efeito, agora circulando livremente nos cinemas, nos teatros e nos museus, as novas figurações dos idosos pululam de forma inédita no espaço social da contemporaneidade, como nunca ocorrera anteriormente (BIRMAN, 2015).

“Com isso, a pergunta que se colocou é se o envelhecimento, em vez de ser o fim da vida e a crônica da morte anunciada – para parodiar o título de um dos romances de Gabriel García Márquez –, não seria antes uma nova etapa da vida. Foi certamente no campo dessa indagação, com efeito, que foi forjado o significativo “terceira idade”, para enunciar a existência de novas potencialidades e outras possibilidades de vida na velhice” (BIRMAN, 2015).

Isso implica dizer que quando o Ocidente promoveu essa mudança, ao mesmo tempo linguística e conceitual, transformou também radicalmente a relação que era até então estabelecida com a velhice, nos registros social, político e existencial. Com efeito, por essa transformação a velhice deixou de representar o fim da vida e a expectativa da morte iminente, para indicar não apenas um “tempo outro” da vida, como também da inserção social e da experiência existencial. Além disso, por essa transformação relevante a velhice perdeu a marca de ser uma “negatividade” em si mesma para se tornar uma “positividade”, de fato e de direito.

Enfim, pelo enunciado da terceira idade a velhice foi deslocada decisivamente do registro do silêncio para o da palavra, perdendo a aura da obscuridade e se inscrevendo finalmente no campo da luminosidade, pois se transformou positivamente em objeto de discurso (BIRMAN, 2015).

2.2 Envelhecimento e saúde nas políticas públicas brasileiras

“a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Art. 230. Constituição Federal, 1988).

O envelhecimento da população brasileira trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial os cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho e na queda da fecundidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (BRASIL, 2014).

Desse modo, segundo Andrade (2013), o envelhecimento nos desafia a produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas, já que a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Fazendo um retrospecto, Groisman (2014) traz algumas políticas e legislações voltadas para a população idosa, sendo a primeira encontrada na constituição federal de 1988,

que, em seu artigo 230, estabelece como dever de todos defender a dignidade e bem-estar dos idosos. Ainda nesse artigo, observa-se duas formulações muito importantes: a primeira afirma que os programas de amparo ao idoso devem ser realizados preferencialmente em seu domicílio e a segunda garante a gratuidade nos transportes coletivos.

Apesar da presença desta preocupação em nossa magna carta, uma política específica para a população idosa só foi criada em 1994, por ocasião do lançamento da lei n. 8842/1994 e regulamentada em 1996, no decreto-lei nº 1948/1996, instituindo a Política Nacional do Idoso (PNI). Tal política objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). A PNI define como idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o corte cronológico instituído pela OMS, para países em desenvolvimento, e, posteriormente, pelo Estatuto do Idoso (SOUZA; KULLOK; TELLES, 2006).

Além de uma seção inicial com diretrizes e princípios para nortear as ações por ela propostas, a PNI também enumerava as áreas nas quais tais ações deveriam ocorrer, entre elas saúde e habitação, indicando as atribuições dos diversos ministérios e níveis de governo para a sua implementação. Dentre as suas diretrizes, destacam-se a criação dos conselhos nacional, estaduais e municipais do idoso, a necessidade de qualificação dos trabalhadores nos conteúdos relacionados com a geriatria e gerontologia e a reafirmação da proposta da família se constituir como principal instância cuidadora para o idoso, contando com um apoio comunitário de serviços alternativos à institucionalização, como centros de convivência, centro de cuidados diurnos, oficinas abrigadas de trabalho, casas-lares atendimento domiciliar, entre outros (BRASIL, 1996).

No âmbito da saúde, a PNI, destaca em seu Capítulo IV, a necessidade de "garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; criar serviços alternativos de saúde para o idoso" (CAMACHO; COELHO, 2010).

“priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento ao atendimento asilar”(Art. 4º, Política Nacional da Pessoa Idosa, 1994).

Faz-se importante notar que a PNI não tinha como meta o fim do asilo, e sim o objetivo de melhoria destas instituições que passaram a ser denominadas de Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Estas encontram-se na interface entre a saúde e a assistência social e são estabelecidas sob diversos regimes jurídicos e sustentadas por diferentes fontes de financiamento (público ou privado).

Segundo Groisman (2014), essa característica da assistência ao envelhecimento, de situar-se numa zona intermediária entre a saúde e assistência social, torna-se um dos fatores dificultadores da construção de uma política eficaz para o cuidado de idosos em situação de vulnerabilidade social, exigindo uma ação articulada entre atores de diversos setores.

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que apresentava como diretrizes principais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional (conceito relacionado com autonomia e independência da pessoa para gerenciar a própria vida), a assistência às necessidades de saúde, a qualificação dos trabalhadores para atendimento especializado e o apoio aos cuidados informais, além da criação de unidades de cuidados diurnos e outros serviços alternativos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999).

Em 2002, foi editada uma portaria pelo Ministério da Saúde que criava a rede de atenção à saúde dos idosos, composta de hospitais gerais especializados e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASIS). Os CRASIS teriam equipes multiprofissionais, serviços médicos 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) própria, e seriam vinculados a hospitais dia geriátricos e programas de internação domiciliar. Sua porta de entrada seriam as equipes de estratégia de saúde da família. Além de serem responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento também dos portadores da doença de Alzheimer e seus familiares (BRASIL, 2002).

No ano de 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid, com a temática “Plano Internacional do Envelhecimento”, tendo como objetivo orientar as medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI. Esperava-se elevado impacto desse plano nas políticas e programas dirigidos aos idosos, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Neste encontro ficaram acordados três princípios básicos: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e, 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (FERNANDES; SOARES, 2012).

Em 2003, foi realizada a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile. Nela foram elaboradas estratégias regionais para implantar as metas e objetivos acordados em Madrid. Recomendou-se aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, propiciassem condições que favorecessem um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade. Na área da saúde, a meta geral era oferecer acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, de forma a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia (FERNANDES; SOARES, 2012).

Ainda em 2003, no Brasil, entra em vigor a Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos dos idosos, representando um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri (BRASIL, 2003).

Em 2006, são publicadas as Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão, que se configura um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, com definição de prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, tendo sido pactuadas seis prioridades, entre elas a saúde do idoso. No Pacto, o trabalho em saúde na área do envelhecimento apresenta como diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde do idoso; Fortalecimento da participação social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Em relação à atenção domiciliar, embora historicamente encontremos relatos de sua prática no Egito e Grécia antigos, muito antes da medicina dita científica e do hospital como o conhecemos atualmente, ela só veio a surgir como alternativa ao cuidado hospitalar e extensão do mesmo no pós segunda grande guerra mundial. Depois disso, várias experiências foram surgindo, e, em se tratando dos idosos, em 2002 foi publicada a Portaria SAS/MS nº

249, estabelecendo a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo CRASI. Em 2011, foi lançado no Brasil o programa MELHOR EM CASA, priorizando a atenção domiciliar e associado das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2012).

Em 2010, a cidade do Rio de Janeiro lançou o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que oferece assistência em casa, prioritariamente, a pessoas com 60 anos ou mais de idade. O serviço é prestado aos portadores de doenças que necessitem de cuidados contínuos que possam ser feitos na residência. Sua equipe é multiprofissional e trabalha em hospitais municipais, apoiando também, os processos de desinstitucionalização. Para aqueles idosos que não são oriundos de internação, mas necessitam desse cuidado, cabe a APS acessá-los via sistema de regulação (SISREG).

Embora haja diferentes legislações e portarias, na prática, os cuidados à saúde e a garantia dos direitos da população idosa encontram-se longe de atingir seus objetivos. Segundo Groisman (2014), da maneira como estão previstos, os CRASIS são caros e de sofisticada implementação. Cabendo, então, repensar estratégias viáveis de cuidado para essa crescente demanda, fortalecendo, entre outros níveis, a atenção primária. Se pensarmos nos princípios do SUS, a integralidade, também prevista no Estatuto do Idoso, depende do fortalecimento da rede como um todo e não apenas da existência de centros especializados destinados a servirem de referência.

Trata-se, portanto, de afirmar o compromisso constitucional e democrático de tratamento dos cidadãos idosos, sem distinções fundadas em preferências de gerações etárias: fortalece-se o respeito a todos os homens e mulheres. As políticas para idosos no Brasil devem seguir em consonância com a realidade de nosso país e primar sempre para uma política de estar saudável, seja biológica, psicológica ou socialmente, assegurando uma política de saúde que considere as características da velhice. É necessário incentivar nesta população a consolidação de um movimento novo, capaz de colocar questões afetas à vida de todos os idosos, apontar diferenças impostas pelas aposentadorias, os serviços de saúde, a dificuldade ao acesso à cultura e à educação, a falta de respeito nos transportes e, assim, construir, efetivamente, outra identidade para os velhos, mostrando ao Estado e à sociedade que podem desempenhar papéis sociais até o fim de suas vidas, sendo produtivos e mais felizes. Participando da política, das universidades abertas, dos grupos de convivência, dos fóruns, dos conselhos e associações de aposentados, dançando, namorando, viajando,

fazendo teatro, canto, artes plásticas, enfim, vivendo a vida plenamente. (ANDRADE et al, 2013).

2.3 Transtornos mentais comuns e comorbidades em idosos

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (BRASIL, 2014).

O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado (BRASIL, 2014).

O sofrimento emocional constitui uma demanda prevalente na atenção primária à saúde (APS). Em suas narrativas, frequentemente, as pessoas queixam-se de “sofrer dos nervos” e apresentam queixas somáticas difusas e inespecíficas sem justificativa médica, como: fadiga, pressão no peito, palpitação, dores múltiplas incessantes, falta de ar, tremedeira, insônia, agitação e outros sintomas de ansiedade e depressão (FORTES et al, 2008, MENEZES et al, 2019).

Estudos epidemiológicos utilizam a nomenclatura Transtornos Mentais Comuns (TMC) para designar esses sofrimentos e queixas difusos. Abrangem desde manifestações que não preenchem critérios para transtornos mentais, até quadros depressivos, ansiosos e somatizações que, apesar de eventualmente remitirem espontaneamente, demandam cuidados e desafiam a racionalidade biomédica (FORTES et al, 2008, FORTES et al, 2011, MENEZES et al, 2019).

No Brasil, estudos têm detectado prevalência de TMC entre 52% a 64%, porém a taxa de detecção por clínicos gerais de unidades APS varia de 21% a 78% (MARI apud MENEZES et al, 2019), sendo que estes têm dificuldades de manejar problemas emocionais, questões psicossociais e transtornos mentais (LYRA apud MENEZES et al, 2019).

É fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à capacidade funcional. A perda da funcionalidade contribui

significativamente para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, de seus familiares e cuidadores. Tanto que representa o condicionante mais importante de desfechos desfavoráveis na pessoa idosa, como hospitalização, institucionalização e morte, com grande impacto social e econômico. Vários elementos clínicos, biológicos, sociais e culturais atuam, isolada ou sinergicamente, para a determinação da perda da funcionalidade. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado, entretanto, o modelo atual de atenção não o reconhece como uma condição-problema. Estratégias que visam à promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional têm sido demonstradas como custo-efetivas (BRASIL, 2014).

Dentre os diversos transtornos que afetam idosos, a depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (GAZALLE et al, 2004)

As comorbidades, especialmente o aparecimento de doenças crônicas, são capazes de produzir sintomatologia depressiva e são evidenciadas neste trabalho como fatores associados aos idosos depressivos. Independentemente de a depressão ser primária ou não, cabe observar a importância de intensificar o trabalho com o idoso que apresenta algum problema de saúde, a fim de manter ao máximo o controle destas doenças e a preservação da sua saúde mental (BORGES; DALMOLIN, 2012).

Segundo SINGH et al (2015), os sintomas depressivos mais comuns nos idosos são um persistente “baixo astral”, baixa energia, preocupações excessivas sobre problemas financeiros e de saúde, choro, sensação de inutilidade, sensação de ser peso para os outros, sensação de impotência, mudanças no peso, ritmo de pensamento alterado, inquietações, insônia, dificuldade de concentração, sintomas físicos como dores e problemas gastrointestinais, deficiências cognitivas e funcionais. O autor nos lembra que, em todas as idades, um dos maiores sintomas é a desistência de participar de atividades que antes eram consideradas prazerosas.

Os idosos frequentemente não relacionam esses sintomas com um doença, principalmente uma doença mental, dando outros motivos para o aparecimento dos mesmos. Por isso, a escuta do profissional de saúde faz toda a diferença na detecção dos sintomas depressivos. Como a maioria dos idosos tem outras comorbidades, é comum que tanto o olhar do paciente quanto o do médico foquem na doença diagnosticada e à ela relacionem tudo aquilo que se passa com o paciente, ofuscando o fato de que a depressão e as outras doenças se influenciam de forma negativa.

SINGH et al (2015) nos lembram também que as tentativas de suicídio dos idosos costumam ser mais letais que as dos jovens adultos, chegando a razão de cerca de 1:1 nos idosos, sendo de 1:100 em adolescentes. (NOGUEIRA et al, 2014). Nestes casos, o idoso deve ser encaminhado a atenção secundária para tratamentos mais especializados.

2.4. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos

A depressão em idosos tem sido associada a uma gama de fatores, que vão desde características sociodemográficas (sexo, nível educacional, renda, composição familiar e religiosidade), como a questões relacionadas à presença de comorbidades crônicas e outros agravos de saúde (fraturas, déficit cognitivo e funcional), aos fatores de estilo de vida (tabagismo, atividade física) e os relacionados ao estado emocional e suporte social (forma de enfrentamento de situações adversas, como perdas e separações, amizades, etc).

Em estudo longitudinal de base populacional, realizado em quatro comunidades norte-americanas, com 2220 participantes de 65 anos ou mais do *Cardiovascular Health Study Cognition Study*, avaliando-se os sintomas depressivos por meio do *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) de 10 itens, foram identificados 41% (n=916) dos indivíduos com sintomas depressivos leves e 20% (n=447) com sintomas moderados-altos, no recrutamento. Indivíduos com mais sintomas depressivos eram um pouco mais velhos, a maioria mulheres e com menor nível de escolaridade, quando comparados aqueles com menos sintomas depressivos. Além disso, os primeiros eram os que mais apresentavam histórico de eventos vasculares, doença vascular subclínica e evidências de doença vascular ao exame de imagem de ressonância magnética. Ao final do seguimento de seis anos, aproximadamente 13.0% da população desenvolveu declínio cognitivo leve, sendo os riscos iguais a 10,0% entre os sujeitos sem sintomas depressivos na linha de base, 13,3% entre aqueles com sintomas leves e de 19,7% entre os que apresentavam sintomas moderados-elevados (BARNES et al, 2006).

Na Alemanha, foi realizado um inquérito de base populacional, com 3327 indivíduos de 75 anos ou mais, atendidos por médicos generalistas. Quando avaliados pela Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), identificou-se uma prevalência de sintomas depressivos de 9,7%, sendo reconhecidas como variáveis associadas à depressão o sexo feminino, avanço da idade, morar sozinho, divórcio, baixo nível educacional, déficit funcional, comorbidade, comprometimento cognitivo, tabagismo e abstinência de álcool (WEYERER et al, 2008).

No inquérito realizado com 255 pacientes de 60 anos ou mais, na atenção primária à saúde de uma clínica localizada em Kwa-Zulu Natal, na África do Sul, para se estimar a prevalência e investigar os fatores associados à depressão entre idosos, 101 (39.6%) participantes pontuaram 5 ou mais na GDS, escore considerado indicativo da presença de sintomas depressivos. Dentre as variáveis sociodemográficas em que se observou associação com a depressão estavam o sexo feminino e estado marital viúvo. Quanto ao denominado perfil clínico do paciente, somente a saúde auto-referida negativa apresentou associação com a depressão (PADAYACHEY; RAMLALL; CHIPPS, 2017).

Em estudo brasileiro realizado com pessoas de 60 anos ou mais, residentes na área adscrita a uma unidade de saúde da família no município de Passo Fundo/RS, observou-se uma prevalência de sintomas depressivos de 21,2%, sendo 17,9% sintomas leves a moderados e 3,3% sintomas severos, avaliados pela GDS. Também se identificou associação entre os sintomas depressivos e percepção negativa da saúde, perda familiar, diagnóstico de asma, ocorrência de fratura, insuficiência cardíaca e artrite (BORGES; DALMOLIN, 2012).

No Brasil, foi realizado um estudo com 462 residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em municípios de quatro estados Rio de Janeiro/RJ, Juiz de Fora/MG, Campo Grande/MS e Cuiabá/MT, para se identificar os fatores associados aos sintomas depressivos nesta população. Considerando um ponto de corte de 5 pontos ou mais na GDS, foi estimada uma prevalência de 48,7% de idosos com sintomas depressivos. Entre todas as variáveis demográficas e relacionadas ao suporte social, somente a presença de amigos na instituição encontrou-se associada à depressão. Dentre os fatores relacionados à saúde, observou-se associação com saúde auto-referida negativa, existência de cinco ou mais morbidades (comorbidades), perda de peso não intencional recente (últimos 12 meses), hospitalização recente (últimos 12 meses), queda recente (últimos 12 meses), incapacidade funcional nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e dificuldade visual. Permanecendo com significância estatística no modelo ajustado as variáveis saúde auto-referida, comorbidades, hospitalização recente e presença de amigos na ILPI (SANTIAGO; MATTOS, 2014).

2.5. Gestão de cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: sintomas depressivos

“A maioria dos depressivos desejam cuidados, carinho e apoio, mas eles podem estar com medo e resistir a ajuda. o tratamento da depressão exige paciência e perseverança do usuário, de sua família e do profissional de saúde. Às vezes, vários tipos de tratamentos

precisam ser tentados até a completa recuperação. Cada pessoa tem suas próprias características psicológicas e biológicas que demandam um cuidado personalizado” (SINGH et al, 2015).

O envelhecimento é um processo natural, acarretado por uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – que, sem condições de sobrecarga, não provocaria problemas. Já, em situações de comorbidades, estresses, problemas psicossociais pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – a senilidade. Nesta fase da vida, há evidência de aumento no risco de mortalidade e necessidade de atendimento diferenciado aos idosos nos serviços de saúde (VERAS, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, dois grandes erros devem ser evitados nos cuidados ao idoso. O primeiro seria considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes do envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e tratamento de certas doenças, além de evitar possíveis agravos, e o outro seria tratar o envelhecimento natural como doença para todas as pessoas nessa faixa etária, acarretando a busca por uma medicalização de um processo natural (BRASIL, 2007).

Em geral, o que ocorre é que os profissionais de saúde vêem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento ou os confundem com ansiedade e tristeza. A falha no diagnóstico e a inexistência de um manejo adequado podem resultar em um pior prognóstico e comprometimento físico, social e funcional, com impacto negativo sobre a qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2006).

A atenção primária se configura como a porta de entrada ao sistema no modelo de assistência à saúde atual. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É a ela que se dirigem os idosos na busca de cuidados aos seus problemas e demandas, onde esperam encontrar, além de reabilitação e tratamento para os problemas já existentes, também prevenção de agravos e promoção de saúde.

A OMS define a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças. Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na Política Nacional de Saúde do Idoso, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (BRASIL, 2006).

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos entre aqueles em contato com eles. Nesse sentido, o uso sistemático de escalas de depressão pode facilitar a detecção desses casos na prática clínica. A escolha da escala vai depender de uma série de fatores como sua capacidade para detectar casos, sua sensibilidade para monitorar mudanças ao longo do tempo, a consistência de suas medidas, e a facilidade com a qual ela pode ser administrada (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Existem alguns instrumentos utilizados para rastreamento de sintomas depressivos em idosos, traduzidos e validados no Brasil, dentre eles a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A Escala de Depressão Geriátrica 15 (GDS – 15) é uma versão curta da escala original que foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986) e que foi validada para o português por Almeida e Almeida (1999) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). É um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso e pode ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira, com sensibilidade e especificidade adequadas sendo indicado seu uso na Atenção Primária. O uso dessas versões reduzidas na prática clínica é ainda mais atraente, já que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Os itens do instrumento são compostos por questões com respostas dicotômicas (sim/não) e são referentes ao sentimento do idoso na maioria dos 30 dias anteriores à entrevista. Os sintomas avaliados pela GDS incluem satisfação com a vida, falta de interesse e energia para realizar atividades, irritabilidade, humor e desesperança.

É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde, em especial a equipe de Saúde da Família, investiguem a presença de sintomas depressivos entre aqueles que estão sob a sua responsabilidade e desenvolvam ações integrais de saúde, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, conforme preconiza a Política Nacional do Idoso. Além disso, a compreensão de que um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não pode ser aplicado às pessoas idosas, pois essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas associada a fatores sociais, culturais e subjetivos que envolvem o cotidiano do envelhecimento (BORGES; DALMOLIN, 2012).

3. JUSTIFICATIVA

Em minha atuação profissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apoiando equipes de saúde da família em sua lida constante com sofrimentos psíquicos trazidos pelos pacientes, além dos seus próprios, identifiquei uma grande demanda para apoio a idosos solitários, sofrendo violência, negligência, com filhos designados como cuidadores, porém sem possibilidades de dedicar o tempo e a energia necessária para esse cuidado, seja por suas próprias demandas profissionais, econômicas ou falta de informação e recursos.

Nota-se ser o sofrimento psíquico importante de ambos os lados, tanto dos idosos quanto dos seus cuidadores, sejam estes com relação familiar ou contratual. Sofrimentos diferentes, porém complementares, mutualmente alimentados, podem levar a desfechos desfavoráveis.

É uma realidade frequente a presença de pacientes poliqueixosos, apresentando sintomas relacionados à fadiga, apatia, depressão, irritabilidade, dores, dificuldade de concentração e memória, conflitos interpessoais, falta de sentido na vida, luto, choro fácil, solidão entre outros.

Nas discussões de caso, são identificadas situações nas quais pacientes com sintomas psíquicos semelhantes, embora mais jovens, são diagnosticados e tratados de acordo com o projeto terapêutico individual. Entretanto, no caso dos pacientes idosos, seus sintomas são vistos como parte do envelhecimento e, portanto, naturalizados e desvalorizados. Pela experiência profissional acumulada, acredito que idosos que tenham um projeto terapêutico acrescido de um projeto de vida, representam um grupo onde os sintomas depressivos diminuem, a sensação de utilidade social aumenta e a qualidade de vida também, em consequência.

Faz-se necessária a construção de estratégias de cuidados aos idosos da Atenção Primária à Saúde (APS) que manejem os sintomas depressivos de forma efetiva, sendo o primeiro passo reconhecer os fatores associados (risco e proteção) nessa população.

Diante do cenário exposto, deu-se o desejo de pesquisar sobre os sintomas depressivos em idosos usuários de serviços da APS, assim como seus fatores determinantes, tanto os de risco quanto os protetivos, e as intervenções capazes de proporcionar um melhor equilíbrio entre as questões específicas desta faixa etária e suas consequências negativas evitáveis.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Identificar estratégias de avaliação e manejo dos sintomas depressivos utilizados com usuários idosos nos serviços de atenção primária à saúde na literatura científica mundial.

4.2. Específicos

Descrever as estratégias de avaliação dos sintomas depressivos em idosos identificados na literatura (utilização de instrumento de avaliação, testagem, avaliação clínica, etc).

Identificar os fatores etiológicos, sinais, sintomas e fatores associados à depressão em idosos dos serviços de atenção primária à saúde.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Foi proposta a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) científica mundial, com a finalidade de identificar estratégias de avaliação dos sintomas depressivos em usuários idosos e experiências de manejo dos mesmos no contexto da APS.

Segundo Mendes e colaboradores (2008), na revisão integrativa é possível realizar uma síntese do estado atual do conhecimento de um determinado assunto, por meio da análise de pesquisas relevantes que auxiliem na tomada de decisão e melhoria da prática clínica.

Essa RIL foi realizada em cinco etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVERA; GALVÃO, 2008).

1ª etapa: Identificação do tema e seleção da questão norteadora

A avaliação dos sintomas depressivos em usuários idosos e experiências de manejo dos mesmos no contexto da APS foi escolhida como tema de interesse no presente estudo. Dessa forma, as questões desenvolvidas para nortear as demais etapas consistiu em: “Quais são as estratégias de identificação dos sintomas depressivos em idosos usuários da APS? Quais as estratégias e experiências de manejo dos sintomas depressivos em idosos no contexto da APS?”

2ª etapa: Bases de dados pesquisadas e critérios de inclusão e exclusão de estudos

A busca pela resposta à questão norteadora em periódicos foi realizada nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE, por meio da U.S. National Library of Medicine National Institute of Health – PubMed; Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde – LILACS através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e na Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a realização da busca foram utilizados descritores controlados: “depressive symptoms” OR “depression” AND “elderly” OR “aged” OR “idoso” AND “primary health care” Todos os termos e palavras foram confirmados como descritores incluídos no DECS -

Descritores em Ciências da Saúde, excetuando “depressive symptoms”. Entretanto, o DECS apresenta o termo como um sinônimo de depressão no idioma português.

O levantamento das publicações indexadas nas bases de dados selecionadas foi realizado no período de fevereiro a março de 2018.

Os critérios de inclusão utilizados para a busca de artigos foram: artigos científicos publicados na íntegra em periódicos indexados, nos idiomas inglês, português e espanhol no período de 2008 a 2018. Foram incluídos estudos de desenho quantitativo ou qualitativo, desde que descrevessem formas de identificação dos sintomas depressivos em idosos e/ou apontem ações de cuidados com os mesmos no contexto da APS. Foram excluídos estudos que se repetiram nas bases de dados.

Após a localização dos estudos indexados nas bases de dados, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos. Após constatar a pertinência ao tema, procedia-se a leitura dos artigos na íntegra. Foram selecionados aplicando-se os critérios de inclusão definidos: 30 artigos na LILACS, 48 artigos na SciELO e 146 artigos na PubMed.

Após computação única dos artigos duplicados e exclusão de estudos não disponíveis na íntegra nas bases de dados, a amostra selecionada nas bases de dados consistiu em 24 estudos.

3ª etapa: Categorização dos estudos

A caracterização e análise dos estudos selecionados foi realizada por 02 pesquisadores independentes através do agrupamento das informações e de síntese.

Aplicou-se um instrumento para coleta de dados em artigos científicos contendo: referência bibliográfica completa, local de realização do estudo (cidade, país), delineamento do estudo, objetivo, resumo dos resultados e da discussão.

A análise dos estudos selecionados foi efetuada de forma descritiva, para reunir informações sobre o conhecimento atual do tema explorado, sendo, posteriormente, discutidas a quantidade e a qualidade das experiências identificadas.

4ª etapa: Discussão e interpretação dos resultados

A apresentação dos resultados foi realizada através de quadros e tabelas contendo informações relativas aos estudos selecionados e analisados nesta revisão e discutidos à luz

da literatura. Estão apresentados dados como título do artigo, autores, local de realização do estudo, ano de publicação do artigo, objetivo, delineamento do estudo, população, instrumento de avaliação dos sintomas depressivos utilizado e resultados do artigo.

5ª etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A partir da RIL realizada foi possível criar o arcabouço teórico para a identificação dos sintomas depressivos em idosos usuários de serviços da APS, assim como seus fatores determinantes, tanto os de risco quanto os protetivos, e as intervenções capazes de proporcionar um melhor equilíbrio entre as questões específicas desta faixa etária e suas consequências negativas evitáveis.

Em relação aos aspectos éticos da revisão, respeitou-se a autoria de todos os artigos analisados.

6. RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 24 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e assim distribuídos nas bases de dados selecionadas:

- * LILACS: 30 artigos com nove artigos incluídos.
- * PUBMED: 146 artigos com nove artigos incluídos;
- * SCIELO: 48 artigos com seis incluídos.

Os artigos selecionados são apresentados no Quadro 1, no qual são identificados os títulos, autores, local, ano, metodologia, objetivo, população, instrumento de avaliação e resultados. Ficou decidido compor esse quadro de acordo com a ordem cronológica decrescente.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018.

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
1	Depressive symptoms of the elderly people and caregivers' burden in home care	Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Santos NO, Day CB, Machado DO et al., Brasil, 2017	Caracterizar os idosos e seus cuidadores e verificar a associação entre sintomas depressivos do idoso e sobrecarga do cuidador. Quantitativo. Estudo Transversal.	80 idosos e 78 cuidadores que recebem atendimento domiciliar em uma unidade de atenção primária no sul do Brasil Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Idosos: 71,3% da amostra eram do sexo feminino, 52,6% relatavam tristeza ou desânimo. A hipertensão arterial foi a morbidade mais frequente (68,8%). Os sintomas depressivos foram mais prevalentes em mulheres, de renda baixa e baixa escolaridade. Cuidadores: 85,7% do sexo feminino, 53,2% eram filhos.
2	DCNT e fatores sociodemográficos associados a sintomas depressivos em idosos	Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Brasil, 2017	Investigar a associação de DCNT e fatores sociodemográficos com sintomas depressivos em idosos. Quantitativo. Estudo Transversal.	1391 idosos atendidos por uma equipe ESF. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	81% tinham pelo menos uma DCNT. Sintomas depressivos estavam associados a sexo feminino, doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC. Os fatores protetivos encontrados foram 8 ou mais anos de estudo e ter companheiro.
3	The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged >80 years in northern Thailand	Aung MN, Moolphate S, Aung TN, Katonyoo C, Khamchai S, Wannakrairot P. Tailândia, 2016	Analisar a relação entre pertencer a diferentes complexidades de rede social (limitada, média ou diversificada) e a depressão, em idosos com idade igual ou superior a 80 anos. Quantitativo. Estudo Transversal.	435 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, moradores de distritos de diferentes densidades populacionais na Tailândia Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)	25% dos idosos estavam em risco de isolamento social devido à rede social limitada, 37% tinham rede social média e 38% rede social diversa. Neste último grupo, o nível de funcionalidade nas atividades diárias era significativamente mais alto do que no primeiro. Resultados mostram associação negativa entre rede social diversa e depressão geriátrica.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
4	Depression among the elderly in the family health strategy: A contribution to primary care	Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Brasil, 2016	Estimar a prevalência de depressão em idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde e o uso de medicação para tratamento dos transtornos. Quantitativo. Estudo Transversal.	241 idosos atendidos em ESF. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	26,6% apresentavam indícios de depressão leve e 2,5% provável depressão grave. Entre os pacientes detectados com indício de depressão leve, 85,9% não faziam uso de antidepressivos e 10,9% usavam ansiolíticos. Entre os idosos com provável depressão grave, 100% não faziam uso de antidepressivos.
5	Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?	Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Puig LO, Jiménez EL. Espanha, 2016	Estudar os efeitos da solidão e do isolamento social na saúde de idosos e analisar as intervenções que melhor obtêm impacto sobre esses fatores. Revisão/Reflexão Teórica	Escala de solidão da UCLA	Intervenções coletivas realizadas na APS que promovem autonomia, oportunidades de interações sociais e trabalham sobre pensamentos sociais mal adaptativos são as que apresentam melhor efeito sobre a solidão e o isolamento social.
6	Unmet care needs of the oldest old with late-life depression: A comparison of patient, caring relative and general practitioner perceptions - Results of the ageMooDe study	Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W, Miebach L, et al. Alemanha, 2016	Identificar os "cuidados não encontrados" por meio da perspectiva dos pacientes, dos familiares e dos médicos e verificar a concordância entre as perspectivas. Quantitativo. Estudo Transversal.	1188 idosos com idade 75-98 com ou sem depressão, 366 parentes e 1152 médicos. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)	A prevalência de deficiência de cuidados foi maior em pacientes deprimidos. Quanto mais grave a depressão, maior a perspectiva de não se sentir acolhido e com suas necessidades de saúde atendidas pelos médicos.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
7	Does a Depression Management Program Decrease Mortality in Older Adults with Specific Medical Conditions in Primary Care? An Exploratory Analysis	Bogner HR, Joo JH, , Hwang S, Morales KH, Bruce ML, Charles F. Reynolds CF et al. EUA, 2016	Determinar se o tratamento da depressão diminui a mortalidade por condições médicas crônicas. Quantitativo. Ensaio Clínico randomizado	1226 pacientes deprimidos de 20 centros de APS. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)	O risco de mortalidade em pacientes depressivos com comorbidades cardíacas não foi diferente, tanto no grupo de intervenção, quanto no de clínica usual. Já nos pacientes diabéticos, o grupo de intervenção apresentou risco diminuído. Nas outras morbidades, a diminuição de risco ocorreu, porém, sem significância estatística.
8	A tailored intervention to implement guideline recommendations for elderly patients with depression in primary care: a pragmatic cluster randomised trial	Aakhus E, Granlund I, Odgaard-Jensen J, Oxman AD, Flottorp SA. Noruega, 2016	Analisar as recomendações contidas nas diretrizes para pacientes idosos com depressão, direcionadas a profissionais de saúde, pacientes e administradores. Quantitativo. Ensaio Clínico randomizado	124 médicos e 134 idosos. Não utilizou instrumento para avaliar a presença de sinais e sintomas depressivos.	A intervenção teve pouca adesão dos participantes, o que não impactou na melhora da atuação dos profissionais na assistência aos idosos com sintomas depressivos, segundo as recomendações baseadas em evidências.
9	Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS	Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Brasil, 2015	Identificar a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados na população idosa. Quantitativo. Estudo Transversal.	1593 idosos Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	A prevalência dos sintomas depressivos foi 18%. Fatores estatisticamente associados foram: sexo feminino, cor de pele amarela, parda ou indígena, menor classificação econômica, aposentados, histórico de problemas cardíacos, incapacidade para atividades básicas da vida diária, menor autopercepção de saúde e insatisfação com a vida em geral.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
10	Multimorbidity, Depression, and Mortality in Primary Care: Randomized Clinical Trial of an Evidence-Based Depression Care Management Program on Mortality Risk	Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, Bogner HR, , Morales KH, Bruce ML et al EUA, 2015	Avaliar o impacto do tratamento da depressão no risco de mortalidade em idosos com múltiplas morbidades. Quantitativo. Ensaio Clínico randomizado	1204 idosos	Uma intervenção na depressão pode mitigar os efeitos combinados da depressão e multimorbidade na mortalidade, na APS.
11	Recognising and treating depression in the elderly	Singh, R, Mazi-Kotwal N, Thalitaya MD. Inglaterra, 2015	Demonstrar a importância do entendimento e identificação dos sintomas depressivos e do tratamento da depressão na APS Reflexão Teórica	Não utilizou instrumentos para avaliar os sinais e sintomas depressivos.	A depressão é uma condição médica altamente tratável e não é uma parte normal do envelhecimento, especialmente, quando o paciente possui outras doenças crônicas.
12	Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia de Saúde da Família, Porto Alegre	Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS Gomes I, Cataldo Neto,A Brasil, 2014	Analisar a prevalência de depressão em idosos e os fatores associados. Quantitativo. Estudo Transversal.	Amostra aleatória de 621 idosos, de 27 equipes ESF. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	Prevalência dos sintomas depressivos foi de 30,6% e as variáveis associadas foram: sexo feminino, baixa escolaridade, e autopercepção de saúde regular, ruim e péssima.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
13	A comparison of GP and GDS diagnosis of depression in late life among multimorbid patients – Results of the MultiCare study	Schwarzbach M, Luppa M, Hansen H, König HH, Gensichen J, Petersen JJ et al. Alemanha, 2014	Determinar a prevalência dos sintomas depressivos em idosos com multimorbididades, comparar a capacidade diagnóstica entre a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o diagnóstico médico e identificar os fatores associados a depressão em ambos os métodos. Quantitativo. Transversal.	3177 idosos. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e diagnóstico clínico	A GDS identificou 12,6%, enquanto os médicos 17,8% de casos. Dos 564 idosos diagnosticados com depressão pelos médicos, 144 tiveram escores ≥ 6 na GDS e os outros 420 não pontuaram na escala. Dos 2613 considerados não depressivos pelos médicos, 2357 também não o foram pela GDS. Houve baixa concordância entre os resultados, devido a diferentes perspectivas sobre a depressão e sensibilidades diferentes a variáveis. Para os médicos o peso maior parece recair sobre as comorbidades somáticas e psicológicas, enquanto que para a GDS recai sobre a deficiência cognitiva, diminuição da fluência verbal, dores e comorbidades somáticas. O idel parece ser a combinação dos dois métodos.
14	Screening for Depression in Low-Income Elderly Patients at the Primary Care Level: Use of the Patient Health Questionnaire-2	Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB, Rodrigues NCP et al. Brasil, 2014	Avaliar o uso do Patient health Questionnaire (PHQ-2) em uma população idosa com baixo nível socioeconômico e educativo, usuária da APS. Quantitativo. Estudo Transversal	142 idosos Patient Health Questionnaire” (PHQ-9)	Grupo predominantemente feminino (73.9%), com baixo nível educacional (3 anos estudo), Idade média 72,5 anos. Prevalência de depressão 26,1 %. A simplicidade do teste é um benefício para a APS, porém não é suficiente para o diagnóstico. Pode ser usado como um primeiro passo do rastreamento para os que pontuam para depressão.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
15	Depression: knowledge of elderly attended in units of family health of the city of Limoeiro – PE	Silva GEM, Pereira SM, Guimarães FJ, Perrelli JA, Santos ZC. Brasil, 2014	Analisar a compreensão sobre depressão dos idosos atendidos em unidades de saúde da família. Qualitativo.	12 Idosos Não aplicou instrumento validado para identificação da Depressão.	Os idosos atendidos são, em sua maioria, mulheres, entre 65 e 86 anos de idade, casadas ou viúvas, aposentadas e donas de casa. A compreensão da depressão, pelos participantes, é que ela está relacionada à tristeza e desânimo, percepção obtida por meio de experiências pessoais e familiares. Além disso, as equipes de saúde da família não abordam a temática da depressão em suas ações.
16	Age of major depression onset, depressive symptoms, and risk for subsequent dementia: results of the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)	Heser K, Tebarth F, Wiese B, Eisele M, Bickel H, Kohler M et al. Alemanha, 2013	Avaliar o impacto dos sintomas depressivos e a época do início do diagnóstico de depressão sobre a demência, especialmente a doença de Alzheimer. Quantitativo. Estudo de Coorte.	2663 idosos assistidos por serviços de atenção primária. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	A depressão é um pródromo da DA, e não um fator de risco para a mesma. A combinação da depressão de início tardio (>ou = 70 anos) com história de sintomas depressivos foi a que teve maior associação.
17	The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older	Schwarzbach M, Luppá M, Sikorski C, Fuchs A, Maier W, van den Bussche H et al. Alemanha, 2012	Examinar a associação entre integração social e depressão em idosos maiores de 75 anos não dementes. Quantitativo. Transversal.	1028 idosos com idade maior ou igual a 75 anos atendidos na APS. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	As chances de depressão em idosos foram maiores para aqueles com baixos níveis de interação social.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
18	Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS	Borges DT, Dalmolin BM. Brasil, 2012	Identificar a prevalência de depressão em idosos atendidos pela ESF e os fatores associados. Quantitativo. Transversa	151 idosos assistidos por ESF, amostra calculada dos 411 cadastrados. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	A prevalência de depressão ao aplicar-se a GDS foi de 21,2%. Desses, 17,9% com sintomas leves a moderados e 3,3% com sintomas severos. Apresentaram associação à depressão: percepção de saúde, perda familiar, asma, ocorrência de fratura, insuficiência cardíaca, artrite, episódio depressivo referido pelo paciente, em curso ou em alguma época da vida.
19	Depressive symptomatology as a risk factor for increased health service utilization among elderly patients in primary care	Press Y, Howard Tandeter H, Romem P, Hazzan R, Farkash M. Israel, 2011	Examinar a relação entre variáveis sociodemográficas, comorbidades, queixas relacionadas à memória, status funcional, sintomas depressivos e utilização da APS. Quantitativo. Estudo Transversal.	180 pacientes, entre eles 86 pouco frequentadores e 94 hiperfrequentadores da APS. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	Sintomas depressivos são alguns dos fatores que mais influenciam na utilização excessiva dos serviços de APS entre a população idosa, mais do que outros fatores sociodemográficos.
20	Using patient-centred consultation when screening for depression in elderly patients: A comparative pilot study	Magnil M, Gunnarsson R, Bjorkelund C. Suécia, 2011	Comparar uma consulta centrada no paciente e os questionários PRIME-MD e MADRS-S, na capacidade de detecção de sintomas depressivos em idosos. Quantitativo. Estudo Transversal.	302 idosos de um Centro de Atenção Primária em Gotemburgo. Questionário de Avaliação Primária de Transtornos Mentais (PRIME-MD). Escala de Depressão de Montgomery-Asberg-Versão com classificação própria (MADRS-S).	Tanto a consulta centrada no paciente quanto o PRIME-MD mostraram-se úteis para avaliar sintomas depressivos.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
21	The Wish-to-die and five-year mortality in elderly primary care patients	Raue PJ, Morales KH, Post EP, Bogner HR, Have TT, Bruce ML. EUA, 2010	Examinar o impacto da vontade de morrer nas taxas de mortalidade por um período de 5 anos, estratificando a severidade da depressão, e examinar o impacto da intervenção PROSPECT em cuidados com a depressão. Quantitativo. Estudo de Coorte.	1202 em 20 clínicas de APS em 3 estados. Centers for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D).	Frequências de vontade de morrer: 29% depressão maior, 11% depressão menor e 7% sem depressão. No grupo de cuidado comum, a vontade de morrer foi associada ao aumento de risco de mortalidade em 5 anos, enquanto que no grupo com intervenção PROSPECT essa associação não foi encontrada.
22	Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil	Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Brasil, 2010	Verificar a prevalência de sintomas depressivos de uma população idosa residente em uma comunidade de Montes Claros, MG, Brasil, e avaliar sua associação com aspectos biopsicossociais e capacidade funcional. Quantitativo. Transversal.	Totalidade dos idosos residentes na área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20,9%. As variáveis que apresentaram associação significativa com sintomas depressivos foram: dificuldade para dormir (RP= 2,04; p= 0,002) e dependência para AIVD (RP= 3,22; p < 0,001).

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa, período 2008- 2018 (continuação).

Nº	Nome	Autores. Local. Ano	Objetivo. Método	População. Instrumento de Avaliação	Resultados
23	Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família	Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Brasil, 2010	Analisar a associação entre indicadores sociodemográficos, condições e autoavaliação de saúde, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos em idosos usuários da Estratégia Saúde da Família. Quantitativo. Estudo Transversal.	503 idosos assistidos em 28 equipes ESF. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).	Dos 503 idosos, 173 apresentaram sintomas depressivos.(34,3%). Desses, 158 (91,3%) apresentavam sintomas leves e 15 (8,7%) grave. Houve associação significativa entre a presença de sintomas depressivos e inatividade econômica, baixa renda per capita, não ser proprietário da residência, condições precárias de moradia, falta de participação social e de prática religiosa.
24	One-year outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients	Lyness JM, Chapman BP, McGriff J, Drayer R, Duberstein PR. EUA, 2009	Avaliar os efeitos da depressão leve e subsindrômica em idosos,após um ano de seguimento Quantitativo. Estudo de Coorte.	484 idosos classificados com depressão maior, depressão menor e não depressivos. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. (DSM-IV) Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D)	Após 1 ano, os pacientes com depressão menor ou subsindrômica estavam mais depressivos do que os do grupo não depressivo. No grupo com depressão maior, os resultados foram menos alarmantes. Confirmada a importancia da avaliação e manejo da depressão leve e subsindromica na APS. Fatores preditores independentes do resultado da depressão incluíram raça, funcionamento físico e psiquiátrico e apoio social.

Tabela 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura, período 2008-2018.

Características	N (24)	%
Idioma		
Inglês	18	75,0
Português	6	25,0
Ano de publicação		
2010-2015	16	66,6
2016-2019	8	33,4
Local de Publicação		
América	14	58,4
África	1	4,1
Ásia	1	4,1
Europa	8	33,4
Delineamento do estudo		
Quantitativo Transversal	15	62,5
Quantitativo Coorte	3	12,5
Quantitativo Ensaio Clínico Randomizado	3	12,5
Revisão de Literatura/Reflexão Teórica	2	8,4
Qualitativo	1	4,1

Tabela 2. Sinais, sintomas e fatores associados à depressão em idosos, período 2008-2018.

Fatores associados	Artigos	N (17)	%
Sexo	1,2,3,4,6, 9, 12, 13, 24	9	52,9
Etnia	9, 24	2	11,7
cor	2, 9	2	11,7
Hipertensão Arterial	1, 2, 7, 9, 11,10	6	35,2
Doenças Coronarianas	1,2, 7, 9, 10,11, 19	7	41,1
Diabetes Mellitus	2,7,10, 11, 19	5	29,4
Doenças Respiratórias	19	1	5,8
Doenças Somáticas	11, 13, 16	2	11,7
Doença de Parkinson	1, 11, 12	3	17,6
Insuficiencia cardíaca	2	1	5,8
AVC	2, 11	2	11,7
Grau da Depressão	6, 7, 8,10, 21, 24	6	35,2
Auto percepção de saúde	3, 9, 12	3	17,6
Perda de memória	3	1	5,8
Capacidade funcional	1, 9, 11, 13,	4	23,5
Interação Social	3, 4, 5, 9, 17, 23,24	7	41,1
Escolaridade	1,2,4,6,12,13, 9	7	41,1
Estado Civil	1,2, 4, 6, 9, 13,	6	35,2
Renda	2,3,4, 9, 12, 23	6	35,2
Baixa qualidade de vida	9, 12, 19	3	17,6
Uso excessivo dos serviços de saúde	18	1	5,8
Sinais e Sintomas			
Dificuldade para dormir	11, 22, 23	2	11,7
Desejo de morrer	21	1	5,8
Tristeza	1, 9, 21, 24	4	23,5

Tabela 3. Instrumentos utilizados por pesquisadores para identificação de sinais e sintomas depressivos em idosos nos artigos selecionados, período 2008-2018.

Instrumentos	Artigos	N (22)	%
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	1, 2, , 4, 6, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 22, 23	12	54,5
Escala de Depressão Geriátrica (GDS -30)	3	1	4,5
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)	7, 24	2	9,5
Questionário de Avaliação Primária de Transtornos Mentais (PRIME-MD)	20	1	4,5
Escala de Classificação de Depressão de Montgomery (MADRS-S)	20	1	4,5
Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)	10, 24	2	9,5
Escala de Solidão da UCLA	5	1	4,5
Escala de Solidão de Jong Gierveld	5	1	4,5
Centers for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)	21	1	4,5
Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)	16	1	4,5
Patient Health Questionnaire-9	14	1	4,5
Instrumento construído pelos autores.	18	1	4,5

7. DISCUSSÃO

Nesta revisão de literatura, foi evidenciado um maior número de publicações concentrado entre os anos de 2010 e 2016, sendo que os Estados Unidos aparecem como líder, sendo seguido por países europeus, o Brasil e a Tailândia.

Com o intuito de explicar de melhor forma a síntese das publicações encontradas nas bases de dados, construiu-se as seguintes categorias, que serão discutidas a seguir: Fatores sociodemográficos, sinais e sintomas associados aos sintomas depressivos em idosos; O uso de instrumentos para a avaliação dos sinais e sintomas depressivos em idosos; O papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção e cuidado dos sinais e sintomas depressivos em idosos.

Categoria 1. Fatores sociodemográficos, sinais e sintomas associados aos sintomas depressivos em idosos.

Segundo Teixeira (2010), a velhice é definida pela troca de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do status profissional, alterações nas relações familiares e nas redes sociais. Sendo essas perdas e trocas inevitáveis, um dos principais desafios relacionados ao envelhecimento é a aceitação das perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para adaptar-se a essas situações para manter a qualidade de vida e bem-estar.

Vários artigos selecionados nesta revisão integrativa testaram a associação da depressão, sinais e sintomas depressivos com fatores como interação social (AUNG et al, 2016; MAGALHÃES et al, 2016; GENE-BADIA et al, 2016), escolaridade (NOGUEIRA et al, 2014; BRETANHA et al, 2015) e estado civil (SCHWARZBACH et al, 2014; STEIN et al, 2016). O gênero é também muito discutido nas publicações selecionadas (LYNESS et al, 2009; BRETANHA et al, 2015; STEIN et al, 2016). Tais resultados deveriam ser levados em conta por profissionais de saúde, na busca por pacientes vulneráveis a sinais e sintomas depressivos.

Estudos apontam que as mulheres apresentam mais risco de se tornarem depressivas do que os homens (PASKULIN et al, 2017; SILVA et al, 2017; MAGALHÃES et al, 2016; BRETANHA et al, 2015; LINO et al, 2014). Alguns dos fatores citados que colocam as mulheres sob maior risco, quando comparadas aos homens, são a dificuldade de entrar em um novo relacionamento quando viúva ou divorciada, a insatisfação com os impactos do envelhecimento na estética corporal, mudanças hormonais, resistência a criar novas interações sociais (PASKULIN et al., 2017, MAGALHÃES, 2016). Além disso, soma-se as

questões sociais às quais as mulheres estão expostas, como por exemplo, violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, alimentação e trabalho, cuidado da saúde e seguridade social (LEBRÃO, 2005 apud BRETANHA et al 2015). Entre as pesquisas incluídas nesta revisão, somente a de Borges & Dalmolin (2012), de Hoffmann et al(2010) e De Alvarenga et al (2010) não apresentaram associação relevante entre o sexo feminino e a depressão. Importante notar que a maioria dos usuários da APS são mulheres.

Com relação ao estado civil, foi praticamente unânime a associação da ausência de um companheiro com os sintomas depressivos (PASKULIN, 2017; STEIN, 2016; MAGALHÃES et al, 2016). Apenas Silva e colaboradores (2017) apresentou a viuvez como fator protetivo contra os sintomas depressivos, e a própria autora comenta ser esse dado discordante de outras pesquisas.

Outro elemento que aparece como fator de risco para a depressão é o isolamento social, um problema de saúde pouco valorizado, apesar de seu impacto negativo na expectativa de vida, morbidades e qualidade de vida. Estudos demonstram que o isolamento costuma ser mais grave quando se trata dos idosos nas camadas etárias mais altas (MOMTAZ apud AUNG et al 2016). Em um estudo realizado nos EUA, uma associação inversa foi encontrada entre rede social e depressão geriátrica (VAN ORDEN; KA, 2015 apud AUNG et al 2016). AUNG e colaboradores (2016) pesquisaram idosos com idade maior ou igual a 80 anos, moradores de distritos com diferentes densidades populacionais com maior ou menor complexidade de rede social e suas relações com o aparecimento de sintomas depressivos. Em seus resultados, demonstraram que quanto mais complexa e diversificada a rede social, menor número de idosos com sintomas depressivos. Schwarzbach e colegas (2012) observaram uma relação muito forte entre depressão e integração social, mesmo em modelo controlado por outras variáveis. Não importa o sexo, estado civil, capacidade funcional, memória e outros sinais e sintomas, se a pontuação para integração social for baixa, o risco de depressão é alto. Entretanto, segundo Freitas (2011), esses achados não implicam em uma relação clara de causa- efeito, pois tanto o isolamento social pode levar à depressão, como a depressão pode levar ao isolamento social, já que várias situações podem diminuir a autoestima do idoso e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de aparecimentos dos sinais e sintomas depressivos.

Outro fator discutido nos trabalhos selecionados, que potencializa os sinais e sintomas depressivos, é a presença de doenças crônicas não transmissíveis. Idosos com doença cardíaca, diabetes mellitus, câncer ou histórico de acidente vascular encefálico apresentavam

maior risco de que seus sinais e sintomas depressivos evoluíssem para depressão (BOGNER et al, 2016; SILVA et al, 2017). Silva e colaboradores (2017) sugerem que parece haver uma relação bidirecional entre doenças crônicas e depressão. Bogner e colegas (2016) ressaltam que a associação de depressão e doenças crônicas inclui, além de mecanismos biológicos, pior auto cuidado e pior aderência ao tratamento. Em seu estudo com idosos depressivos e com comorbidades crônicas, foi comparado o risco de morte após dois anos de intervenção normal da APS e intervenção específica para manejo da depressão. Nos casos dos idosos com doença cardíaca, foi demonstrado que aqueles com níveis mais altos de depressão tiveram seu risco de morte aumentado, não importando o tipo de cuidado. Já nos portadores de diabetes mellitus, o grupo com intervenção específica para depressão diminuiu o risco de morte (BOGNER et al, 2016).

O ser humano é por natureza um ser sociável, que não foi feito para viver na solidão, todavia, muitas pessoas idosas acabam sendo vítimas de discriminação social, ficando mais vulneráveis à pobreza, isolamento e exclusão (OLIVEIRA, 2011). Essa afirmativa é corroborada por artigos dessa revisão, nos qual foi constatado que idosos com baixa escolaridade e de baixa renda apresentavam mais sinais e sintomas depressivos que aqueles com alta escolaridade e com alta renda (NOGUEIRA et al, 2014; BRETANHA et al, 2015; ALVARENGA et al, 2010). Com o aumento da idade, as relações sociais e a troca de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão emerge quando associado à diminuição das redes sociais, conceito este que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (TEIXEIRA, 2010). No que diz respeito às interações sociais, importa referir que as relações entre a solidão, isolamento e viver sozinho são complexas e a existência de uma vasta rede social, não implica à existência de uma relação próxima ou ausência de solidão (OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, um dos estudos selecionados trata dessa problemática e descreve que idosos que possuem uma rede social diversificada, além dos contatos familiares, possuem menos chance de apresentar sinais e sintomas depressivos (AUNG et al, 2016).

O manejo psicossocial dos idosos realizado pelos profissionais de saúde da APS tem reflexos importantes, principalmente, se tratando da estimulação a interações sociais. Uma rede social satisfatória promove comportamentos e hábitos saudáveis. Sabe-se que a solidão aumenta o risco de sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada e insônia que, conseqüentemente, pioram a saúde geral (GENÉ-BADIA et al, 2016). Como recomendações, a literatura traz que a triagem de pessoas com fatores de risco

para sinais e sintomas depressivos, sejam integrados aos serviços de saúde, principalmente, aqueles de APS. Também recomenda-se, que essa triagem seja realizada com o auxílio de instrumentos validados e que sejam específicos para idosos.

Categoria 2. O uso de instrumentos para a avaliação dos sinais e sintomas depressivos em idosos.

A literatura demonstra que os profissionais de saúde da APS têm dificuldade em perceber e diagnosticar sinais e sintomas depressivos no paciente idoso e, quando conseguem, frequentemente adotam abordagens inapropriadas para os casos (OLIVEIRA et al, 2019; PASKULIN et al, 2017; MAGALHÃES et al, 2016; STEIN et al, 2016;).

Uma das barreiras para que não sejam feitos o diagnóstico e as intervenções adequadas é a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar problemas emocionais na consulta, a superlotação dos serviços de saúde, que acarreta em pouco tempo disponível para atender o paciente, e o fato de que a maioria dos idosos possuem diversas comorbidades, o que dificulta o diagnóstico e a identificação dos sinais e sintomas como relacionados à depressão (CABRAL et al, 2019).

A depressão em idosos não é identificada no setor primário da saúde com frequência, o que torna o transtorno depressivo mais preocupante, se considerarmos esse nível de atenção como prioritário para o primeiro acesso do usuário e, levando em conta o fato de que os mais velhos estão em maior risco de desenvolver depressão do tipo mais persistente (SANTOS-ORLANDI et al, 2019; MAGALHÃES et al, 2016;).

Evidências revelam que o rastreamento aumenta a detecção, conduz ao tratamento apropriado e aos cuidados da depressão em idosos nos serviços de atenção primária à saúde. As escalas de avaliação são instrumentos construídos objetivando a associação de construtos qualitativos com unidades quantitativas de medida, tendo como técnica de utilização o preenchimento de uma lista de itens previamente definidos, para se obter uma informação padronizada, diminuindo, desta forma, as diferenças de julgamento entre os examinadores (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015).

Na presente revisão integrativa encontramos 12 diferentes instrumentos para rastreamento dos sintomas depressivos em idosos, 11 já conhecidos e um deles criado pelos próprios pesquisadores. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi a escolhida pela maioria dos pesquisadores para identificar os sinais e sintomas depressivos nos idosos. A versão reduzida, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), foi encontrada em 54,5% dos artigos

selecionados, apenas um artigo utilizou a GDS- 30 (AUNG et al, 2016) e um relatou apenas o uso dessa escala, sem especificar qual (PRESS et al, 2011).

A Geriatric Depression Scale com 30 itens (GDS-30) foi desenvolvida especificamente para pessoas idosas (BRINK et al, 1982) e consta de 30 afirmações onde o idoso deve responder sim ou não segundo suas sensações nos últimos dias. Após observação das dificuldades encontradas na aplicação da GDS-30, a mesma foi reduzida para 15 itens (GDS-15), a qual não perdeu as suas propriedades psicométricas e tem sido um dos instrumentos mais utilizados para o rastreio da depressão em idosos (SHEIKH; YESAVAGE, 1986). Todos os itens demandam respostas dicotômicas “sim” ou “não” e pontuam positivamente para depressão 10 dos itens a resposta “sim” e os outros 5 itens a resposta “não” (SCHWARZBACH et al, 2014). A maioria dos artigos determinaram 5 ou 6 como ponto de corte para o rastreamento (BRETANHA et al, 2015; MAGALHÃES et al, 2016). SINGH (2015) alerta para o fato de a GDS não ser indicada para os idosos com maior comprometimento cognitivo e que novas pesquisas devem ser feitas com essa população para se indicar outro instrumento ou adaptar esse. Schwarzbach (2014) também afirma que a GDS deve ser limitada ao uso com idosos com capacidade cognitiva intacta.

No Brasil, a versão curta de 15 itens foi versada para o português e validada, aplicando-a em 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Alguns pesquisadores utilizaram a GDS-15, sendo a mesma de utilização consagrada para pesquisa e a clínica (INCALZI et al, 2003; PARADELA et al, 2005).

Schwarzbach et al (2014), em sua pesquisa, fazem uma comparação entre a identificação dos depressivos pela GDS e pela entrevista clínica do médico. A concordância entre os dois foi fraca, mas o motivo talvez seja as diferenças de sensibilidade às variáveis e perspectivas sobre a depressão das duas metodologias. Enquanto para os médicos as comorbidades somáticas e psicológicas tem muito peso, ao diagnosticar depressão, para a GDS as deficiências cognitivas na forma de baixa fluência verbal, dores e comorbidades somáticas são muito relevantes. A autora concluiu que, provavelmente o melhor seria a combinação das duas metodologias.

Hoffmann e colaboradores (2010) realizaram uma metanálise, que reuniu 17 estudos na atenção primária, concluindo que a GDS-15 ajudou a identificar 4 casos a mais de depressão e descartar 4 casos de pacientes sem depressão a cada 100 atendimentos, comparativamente à habilidade geral diagnóstica de médicos de família em detectar depressão em idosos. Além disso, demanda cerca de 3 a 4 minutos a mais por consulta para

sua aplicação, ou seja, um acréscimo de tempo muito reduzido, que é uma preocupação constante dos médicos que atendem na ESF, diante da demanda sempre grande por atendimentos nessas unidades (MITCHEL apud HOFFMANN et al, 2010). O tempo gasto inicialmente com o treinamento e, posteriormente, na aplicação dos instrumentos utilizados nessa avaliação justifica-se, uma vez que os benefícios são evidentes. O conhecimento sobre a confiabilidade dos instrumentos, assim como das versões disponíveis para uso, auxilia os profissionais de saúde na escolha daquele instrumento que melhor se adequa ao seu processo de trabalho e ao grupo de idosos assistidos.

Categoria 3. O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção e cuidado dos sinais e sintomas depressivos em idosos.

A APS objetiva a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias a ela vinculadas, representando um conjunto de ações voltadas para o âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017). É de grande importância no contexto da saúde do idoso, pois ela acolhe os usuários na tentativa de resolver os problemas e as necessidades mais frequentemente apresentadas, dentre eles os sinais e sintomas depressivos.

Alguns autores já destacaram o fato de os sintomas depressivos e, conseqüentemente, a depressão, não serem identificados nos idosos na APS. Bell (2011) relata que na APS 50% dos casos não são detectados. Também Stein (2016) mostra que 47,3% das depressões em idosos são corretamente identificadas pelos clínicos gerais (*General Practitioner* - GPs). Na Noruega, Aakhus e colegas (2016) relatam que apenas 42% dos idosos triados receberam tratamento para depressão na APS. No Brasil, Lino e colaboradores (2014) mostraram que na APS são identificados entre 40 e 50 % dos casos, sendo que apenas 20% recebem tratamento adequado. Esse grande percentual de depressões não identificadas e/ou não tratadas é associado a maior mortalidade, risco de suicídio, multimorbidades e custos para o sistema de saúde (STEIN J et al, 2016; HOFFMANN et al, 2010).

A dificuldade de detecção pode ser vista de várias formas, dentre elas pelo fato da depressão ser vista como parte natural do envelhecimento ou por falta de compreensão da magnitude desta doença, os graus de custos e incapacidades resultantes dela aos idosos, suas famílias, a sociedade e ao sistema de saúde (MAGALHÃES et al, 2016; BRETANHA et al, 2015; SINGH, 2015; SILVA et al, 2014; HOFFMANN et al, 2010; ALVARENGA et al, 2010) ou, ainda, por ser confundida com ansiedade e tristeza (BRETANHA et al, 2015; SILVA et al, 2014;).

Magnil (2011) relata que vários clínicos gerais (GPs) sentem-se criticados de forma injusta pela falta de detecção de aproximadamente 50% dos sintomas depressivos na APS. Segundo eles, a maior parte dos estudos é de corte transversal e não demonstram se os sintomas foram detectados em futuros encontros entre paciente e médico. Tendo a APS um cuidado longitudinal, muitas vezes os diagnósticos são feitos após alguns encontros.

Além da detecção, as formas de manejo dos sintomas depressivos ainda são, em várias unidades APS, uma incógnita. Em sua pesquisa, Magalhães e colaboradores (2016) demonstra que somente 10,0% dos idosos rastreados com depressão leve receberam receita de medicamentos ansiolíticos, sendo que 85, 9% nem ao menos a prescrição. Dos que pontuaram no rastreamento como depressão grave, 100% não receberam medicamentos antidepressivos. Ou seja, como sabemos que o tratamento correto provém da correta detecção, podemos imaginar que 100% destes idosos não foram identificados e 100% dos mesmos não receberam tratamento antidepressivo de (MAGALHÃES et al, 2016). Tais achados vão no caminho oposto ao discurso comum na saúde de que existe um excesso de medicalização dos usuários, assunto esse a ser desenvolvido em outro momento.

O rastreamento de idosos com sinais e sintomas depressivos pelos profissionais de saúde da APS representa importante contribuição para a saúde desta população, assim como para a redução de gastos públicos (NOGUEIRA et al, 2019). Os profissionais podem acompanhar os idosos por meio de visitas domiciliares, aplicar os instrumentos para identificação de sinais e sintomas depressivos nas consultas de rotina na unidade, propiciar momentos de interação social, com a organização de ações de educação em saúde, orientar os idosos e familiares sobre o cuidado com a saúde, como forma de evitar que aconteça o agravamento das condições crônicas e suas consequências, como a depressão (CARVALHO et al, 2018).

Em relação ao uso de instrumentos de rastreamento dos sintomas depressivos, Castelo e colaboradores (2007) apontam que a GDS pode ser aplicada, tanto pelo clínico geral, como por outros profissionais da equipe de saúde, visto que não requer conhecimento de psicopatologia e poderia ser parte do atendimento de pacientes idosos, inclusive na pré-consulta realizada por profissionais não-médicos. Silva et al (2017) refletem sobre a importância da participação da APS nas atividades de busca ativa e rastreamento e que a participação dos agentes comunitários de saúde nestas atividades parece promissora, tanto para o aprimoramento da assistência, quanto para a geração de dados de saúde mental relevantes, podendo gerar melhorias no próprio âmbito da APS.

Na pesquisa realizada por Nogueira e colegas (2019), agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família foram capacitados na aplicação do instrumento de depressão, com perguntas relacionadas a sintomas depressivos atuais que evitam queixas somáticas. Por ser uma escala de perguntas de fácil compreensão e de respostas objetivas (sim; não), ela pode ser aplicada por profissionais não especializados em saúde mental, após breve treinamento. “ Os ACS, profissionais mais próximos da interface de ligação da saúde com a comunidade, têm competência e são essenciais para avaliações nesse nível.

Aung et al (2016) nos advertem sobre a importância de que todos os serviços territoriais tentem promover a formação e o fortalecimento dos laços sociais e de redes de apoio. Assim, a APS pertence a esse grupo capaz de realizar essas ações, além de rastrear os idosos com risco de isolamento social e proporcionar ações que promovam o suporte social, melhorem as habilidades sociais, atuem sobre os pensamentos sociais mal adaptativos e aumentem seus níveis de autonomia (GENÉ-BADIA, 2016).

Considera-se que os grupos de terapia comunitária, de educação física, de ajuda mútua, de projeção de filmes, de debates, de passeios culturais, e muitas variações devem ser valorizados na APS enquanto grupos promotores de saúde e preventores de doença, já que trazem impacto positivo sobre a saúde mental e física dos usuários.

Bogner e colaboradores (2016), em sua pesquisa o *Prevention of suicide in primary care elderly: a collaborative trial* (PROSPECT), comparam o risco de morte dos idosos depressivos com comorbidades, que receberam o tratamento usual, com aqueles que receberam a intervenção específica para manejo de depressão na APS. Seus resultados nos mostram que os que receberam a intervenção diminuíram o risco de morte em relação a todas as DCNT, menos doenças cardíacas. Em relação aos diabéticos, a intervenção modificou mais claramente o efeito da depressão no risco de morte (BOGNER et al., 2016). Gallo (2015) também observou, em sua pesquisa com o PROSPECT, que um programa de intervenção e manejo da depressão pode mitigar os efeitos da associação da multimorbidade com a depressão na mortalidade em pacientes idosos na APS. Ainda em relação ao PROSPECT, Raue (2010) nos mostra a importância da intervenção em pacientes com desejo de morte e alerta para o fato que, mesmo em pacientes sem transtornos ou sintomas depressivos e que, portanto, não foram incluídos nos grupos com intervenção, a vontade de morrer leva a uma maior mortalidade. Quando comparados os níveis de pensamentos suicidas, o percentual dos pacientes com depressão grave foi parecido com os pacientes não

diagnosticados com depressão.(7%) na APS. Portanto, recomenda o melhor preparo de todos os profissionais da APS em relação a essa escuta.

No estudo de Lyness (2009) foi observado que a depressão leve e subsindrômica teve resultado pior em termos do agravamento, do que nos quadros moderados a graves, em um ano de seguimento. Geralmente estas ficam completamente negligenciadas e se mostram persistentes e com prognóstico ruim, se negligenciadas. Singh (2015) relata a grande possibilidade de tratamento e prevenção de agravamento em idosos atendidos em seus territórios, com atividades variadas, e que, nos casos de sintomas mais graves e risco de suicídio podem ser encaminhados a atenção secundária para tratamentos mais especializados.

Embora ainda não haja uma concordância mundial sobre a necessidade de rastreamento da depressão na APS, por diversos motivos, dentre eles os riscos de tratamento medicamentoso de falsos positivos e depressões leves, recursos escassos, entre outros, fica claro que os efeitos negativos do não rastreamento e da baixa qualidade de tratamento resulta em sérios problemas de saúde pública (LINO et al, 2014).

Simon (2002) nos traz a importância do *collaborative care* e seu custo relativamente baixo nos cuidados dos profissionais de saúde da APS. Profissionais especializados em saúde mental que trabalham em conjunto com os profissionais da APS em consultas compartilhadas, capacitações, tratamento e outros. Cabe lembrar que esse trabalho é realizado pelo NASF na atenção primária à saúde brasileira.

Ante o exposto, podemos constatar que não somente o diagnóstico e o tratamento farmacológico são importantes, já que a aplicação de intervenções pelos profissionais de saúde, como as citadas anteriormente, ofertam qualidade de vida e impedem o agravamento da condição depressiva.

Essa revisão de literatura possibilitou o reconhecimento de experiências com a avaliação e o manejo dos sintomas depressivos/depressão em idosos, realizadas na atenção primária de saúde, já publicadas por pesquisadores de diferentes partes do mundo. Entretanto, ainda que se tenha realizado a busca dos artigos nas principais bases com divulgação mundial, foi localizado um número escasso de publicações que tratassem de sinais e sintomas depressivos especificamente nesse nível de atenção à saúde e, exclusivamente, com o público idoso.

Espera-se que essa revisão contribua para o conhecimento de com o fortalecimento da questão abordada e sugere-se que sejam realizados mais estudos, que permitam avaliar

técnicas e intervenções para o manejo e prevenção do aparecimento de sinais e sintomas depressivos em idosos na APS.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura para identificar o que a literatura mundial traz sobre a identificação e manejo de sinais e sintomas depressivos em idosos para obtenção de um conhecimento atualizado sobre a temática. Os resultados obtidos possibilitaram a reflexão sobre as práticas em diferentes contextos socioculturais pelo mundo.

Os achados demonstram a alta prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos pela APS, muitas vezes não detectados, e associados com o sexo feminino, maior idade, falta de companheiro, menor escolaridade, baixa renda, autopercepção de saúde ruim, comorbidades crônicas, entre outros.

A maioria das pesquisas utilizou a GDS- 15 para rastreamento dos sintomas depressivos e recomendam seu uso pela facilidade do questionário, respostas dicotomizadas Sim X Não, necessidade de pouco tempo para realizá-la e resultados compatíveis com outras formas de diagnóstico.

Sendo a APS o espaço utilizado para diagnóstico, tratamento e prevenção dos agravos de saúde da população, entre ela os idosos, se provou necessário não apenas o rastreamento, mas também intervenções capazes de tratar, prevenir, evitar agravamentos dos sintomas depressivos, assim como promover um envelhecimento saudável, por meio tanto de medicamentos, quanto de práticas psicossociais, terapêuticas e promotoras de autonomia e formação e fortalecimento dos laços sociais e culturais.

A maior contribuição desta pesquisa é gerar reflexões sobre a relevância da avaliação e manejo dos sintomas depressivos em idosos na atenção primária, evitando que continuem a ser negligenciados e continuem afetando negativamente a saúde física e mental desta população.

Sugerimos a utilização da GDS – 15 como rotina de rastreamento de sintomas depressivos em idosos na APS, seguido por adequado tratamento médico e/ou psicossocial em conjunto com atividades de prevenção. Acreditamos que essas ações realizarão um retorno à essência da APS: atender a necessidade de saúde da população de forma integral e longitudinal.

9. REFERÊNCIAS

AAKHUS, E.; GRANLUND, I.; ODGAARD-JENSEN, J.; OXMAN, A. D.; FLOTTORP, S. A. A tailored intervention to implement guideline recommendations for elderly patients with depression in primary care: a pragmatic cluster randomised trial. *Implement Sci*, v. 11, n. 32, 2015.

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha de Enferm*, v. 30, n. 3, p. 192-199, 2009.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

ALMEIDA, O. P.; FORLENZA, O. V.; COSTALIMA, N. K.; BIGLIANI, V.; ARCURI, S. M.; GENTILE, M. et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting, report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*, v.12, p.728-36, 1997.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 14, n.10, p. 858-865, 1999.

ALVARENGA, M. R. M. et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Cogitare Enferm*, v. 15, n. 2, p. 217-24, 2010.

ANDRADE, L.M.; SENA, E.L.S.; PINHEIRO, G. M. L.; MEIRA, E.C.;LIRA, L.S.S.P. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*, 18(12):3543-3552, 2013

AUNG, M.; MOOLPHATE, S.; AUNG, T. et al. The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged > 80 years in Northern Thailand. *Clin Interv Aging*, v. 11, n. 1, p. 67-74, 2016.

BADIA, J. G. et al. Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams? *Atención Primaria*, v. 48, n. 9, p. 604-609, 2016.

BARNES, D. E. Depressive Symptoms, Vascular Disease, and Mild Cognitive Impairment. *Arch Gen Psychiatry*, v. 63, p. 273-280, 2006.

BELL RA, FRANKS P, DUBERSTEIN PR, EPSTEIN RM, FELDMAN MD, FERNANDEZ Y GARCIA E, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med*; 9(5):439-46, 2011.

BIRMAN, Joel. Terceira idade, subjetivação e biopolítica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1267-1282, 2015.

BOGNER, H. R., JOO, J. H., HWANG, S., MORALES, K. H., BRUCE, M. L., REYNOLDS, C. F., GALLO, J. J. Does a Depression Management Program Decrease

Mortality in Older Adults with Specific Medical Conditions in Primary Care? An Exploratory Analysis. *J Am Geriatrics Society*, v. 64, n. 1, p. 126–131, 2016.

BORGES, D. T.; DALMOLIN, B. M. Depressão em Idosos de uma Comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 7, n. 23, p. 75-82, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRETANHA, A. F.; FACCHINI, L.A; NUNES, B. P.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015 .

BREWSTER, G. S. Depressive Symptoms, Cognition, and Everyday Function Among Community-Residing Older Adults. *J Aging Health*, v. 29, n. 3, p. 367-388, 2016.

BRINK, T. L.; YESAVAGE, J. A.; LUM, O. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol*, v.1, p.37-43, 1982.

BUNCE, D.; BATTERHAM, P. J.; MACKINNON, A. J.; CHRISTENSEN, H. Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over. *J Psychiatr Res*, v. 46, n. 12, p. 1662-1666, 2012.

CABRAL, J. F.; SILVA, A. M. C.; MATTOS, I. E.; NEVES, A. Q.; LUZ, L. L.; FERREIRA, D. B. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Col*, v. 24, n. 9, p. 3227-3236, 2019.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

CARVALHO, K. M.; SILVA, C. R. D. T.; FIGUEIREDO, M. L. F.; NOGUEIRA, L. T.; ANDRADE, E. M. L. R. Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*, v. 31, n. 4, p. 446-454, 2018. .

DALGARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Ed Artmed, Porto alegre, 2008.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIM, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. O. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FREITAS, A. C. Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia. 2010. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FORTES, S.; LOPES, C. S.; VILLANO, L. A. B.; CAMPOS, M. R.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 33 n. 2, p 150 - 156, 2011.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008 .

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, v.37, n.4, p.43-50, 2003.

GAZALLE, F. K.; LIMA, M. S.; TAVARES, B. F.; HALLAL, P. C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GIRARDI-PASKULIN, L. M.; KOTTWITZ-BIERHALS, C. C. B.; SANTOS, N. O.; BALTAR-DAY, C.; OLIVEIRA-MACHADO, D.; MORAIS, E. P. et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educ Enferm*, v. 35, n. 2, p. 210-220, 2017.

GROISMAN, D. Saúde mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas em Jorge, MAS (org). Políticas e cuidado em saúde mental. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

HAMMAMI, S.; HAJEN, S.; BARHOUMI, A., KOUBAA, N., GAHA, L., LAOUANI KECHRID, C. Screening for depression in an elderly population living at home. Interest of the mini-geriatric depression scale. *Rev Epidemiol Sante Publique*, v. 60, n. 4, p. 287-93, 2012.

HESER, K.; TEBARTH, F.; WIESE, B.; EISELE, M. Age of major depression onset, depressive symptoms, and risk for subsequent dementia: results of the German study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *Psychol Med*, v. 43, n. 8, p. 1597-610, 2013.

HOFFMANN, E. J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J. M.; LIMA, E. W. B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

INCALZI, R. A.; CESARI, M.; PEDONE, C.; CARBONIN, P. U. Construct Validity of the 15-Item Geriatric Depression Scale in Older Medical Inpatients. *J Geriatr Psychiatr Neurol*, v.16, p.23-28, 2003.

LEBRÃO, M. L. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. v.47, p.23-26., 2009.

LINO, V. T. S.; PORTELA, M. C.; CAMACHO, L. A. B; ATIE, S.; LIMA, M. J. B.; RODRIGUES, N. C. P.; et.al. Screening for Depression in Low-Income Elderly Patients at the Primary Care Level: Use of the Patient Health Questionnaire-2. *PLoS ONE*, v. 9, n. 12, p. 113-138, 2014.

LYNESS, J.; CHAPMAN, B.; MCGRUFF, J.; DRAYER, R.; DUBERSTEIN, P. One-year outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *Int Psychogeriatr*, v. 21, n. 1, p. 60-68, 2009.

MAGALHÃES, J. M.; CARVALHO, A. M. B.; CARVALHO, S. M.; ALENCAR, D. C.; MOREIRA, W. C.; PARENTE, A. C. M. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. *REME – Rev Min Enferm*, v. 20, p. 947, 2016.

MAGNIL, M.; GUNNARSSON, R.; BJÖRKELUND, C. Using patient-centred consultation when screening for depression in elderly patients: a comparative pilot study. *Scand J Primary Health Care*, v. 29, n. 1, p. 51–56. 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p. 758, 2008.

MENEZES, A. L. A., ATHIE, K. FAVORETO, C. A. O.; ORTEGA, F.; FORTES, S. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. *Interface*, v. 23, e170803, 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBBO, S. S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014.

NOGUEIRA, I. S.; ACIOLI, S.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, p. 03512, 2019.

OLIVEIRA, D. V.; PIVETTA, N. R. S.; OLIVEIRA, G. V. N.; SILVA, D. A.; NASCIMENTO JUNIOR, J. R. A.; CAVAGLIERI, C. R. Fatores intervenientes nos

indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 28, n. 3, e2018043, 2019.

OLIVEIRA, J. B. *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*. Coimbra: Livpsic, 2008.

PADAYACHEY, U., RAMLALL, S.; CHIPPS, J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Fam Prac*, v. 59, n. 2, p. 61-66, 2017.

PARADELA, E. M. P.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PRESS, Y.; TANDETER, H.; ROMEM, P. Depressive symptomatology as a risk factor for increased health service utilization among elderly patients in primary care. *Arch Gerontol Geriatr*, v. 54, n. 1, p. 127-30, 2012.

RAUE, P.; MORALES, K. H.; POST, E. P.; BOGNER, H. R.; HAVE, T. T.; BRUCE, M. L. The wish to die and 5-year mortality in elderly primary care patients. *The Am Journal Geriatr Psychiatr*, v. 18, n. 4, p. 341-350, 2010.

RIBEIRO, M. A. M.; PIETROBON, R. S.; ROCKEMBACH, R. A.; RATZKE, O.; COSTA, P. A. B. Prevalência da depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. *Rev Psiquiatr Clin*; 21(1):4-8, 1994.

SANTIAGO, L. M.; MATTOS, I. E. Sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 216-224, 2014.

SANTOS-ORLANDI, A. A.; BRIGOLA, A. G.; OTTAVIANI, A. C.; LUCHESI, B. M.; SOUZA, E. N.; MOURA, F. G.; et al. Idosos cuidadores de idosos: fragilidade, solidão e sintomas depressivos. *Rev Bras Enferm*, v. 72, supl. 2, p. 88-96, 2019.

SCHWARZBACH, M.; LUPPA, M.; HANSEN, H.; KONIG, H. H.; GENSICHEN, J.; PETERSEN, J. J.; et al. A comparison of GP and GDS diagnosis of depression in late life among multimorbid patients - results of the MultiCare study. *J Affect Disord.*, v. 168, p. 276-83, 2014.

SIMON, G. E.; VON KORFF, M.; LUDMAN, E. J.; KATON, W. J.; RUTTER, C.; UNUTZER, J.; et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Medical Care*, v.40, n. 10, p. 941-950, 2002.

SILVA, A. R.; SGNAOLIN, V.; NOGUEIRA, E. L.; LOUREIRO, F.; ENGROFF, P.; GOMES, I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr*, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, G. É. M.; PEREIRA, S. M.; GUIMARÃES, F. J. PERRELLI, J. G. A.; SANTOS, Z. C. Depression : knowledge of elderly attended in units of family health of the city of Limoeiro-Pe. *Rev Mineira Enferm*, v. 18, n. 1, p. 82-87, 2014.

SINGH, R.; MAZI-KOTWAL N.; THALITAYA, M. D. Recognising and Treating Depression in the Elderly. *Psychiatr Danub*, v. 27, Suppl 1, p. S231-S234, 2015.

SOUZA JÚNIOR, D. G. S.; KULLOK, A. T.; ALMEIDA, J. L. T. A Agenda 21 Global e a Agenda 21 Brasileira: desafios para a inclusão social dos idosos. *Comun Ciênc Saúde*, v. 4, n. 17, p. 291-302, 2006.

STEIN, J.; PABST, A.; WEYERER, S.; WERLE, J.; MAIER, W.; MIEBACH, L.; et al. Unmet care needs of the oldest old with late-life depression: A comparison of patient, caring relative and general practitioner perceptions - Results of the AgeMooDe study. *J Affect Disord.*, v. 15, n. 205, p. 182-189, 2016.

TEIXEIRA, L. M. F. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. 2010, 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*, v. 19, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WEYERER, S.; EIFFLAENDER-GORFER, S.; KOHLER, L.; JESSEN, F.; MAIER, W.; FUCHS, A. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord.*, v. 111, n. 2-3, p. 153-163, 2008.