

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LARISSA ALVES PINTO

**DEPRESSÃO SENIL NA ATENÇÃO BÁSICA: atenção e abordagem
ao paciente sintomatológico da depressão**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS
2014**

LARISSA ALVES PINTO

**DEPRESSÃO SENIL NA ATENÇÃO BÁSICA: atenção e abordagem
ao paciente sintomatológico da depressão**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS
2014**

LARISSA ALVES PINTO

**DEPRESSÃO SENIL NA ATENÇÃO BÁSICA: atenção e abordagem
ao paciente sintomatológico da depressão**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Aprovado em Belo Horizonte, 2014

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Aos professores,

Aos profissionais envolvidos em todo processo e aos pacientes.

O seu cliente, em qualquer situação, é semelhante à árvore que produz, em seu favor, respondendo sempre na pauta do tratamento que recebe.

(Sinal Verde – André Luiz)

RESUMO

Este trabalho aborda a relação entre a senilidade e doenças crônicas da fase senil e depressão acompanhados de fatores que interferem positivamente e negativamente no processo do cuidado a esse paciente. Com o advento do envelhecimento populacional, fato que ocorre em quase todo o mundo, necessitou-se um olhar mais crítico para as transformações do quadro epidemiológico em que atravessa o nosso país, que se encontra em pleno aumento da expectativa de vida. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para que o atendimento á população idosa na Unidade Básica de Saúde, no Município de Contagem, seja eficiente e humano, além de se ter um tratamento adequado. Para tal, foi realizada pesquisa bibliográfica no SciELO e em materiais do NESCON, com os descritores: depressão, idosos e Atenção Primária à Saúde. Percebeu-se a relevância de se voltar as atenções à depressão que é um grande dificultador da qualidade de vida de portadores de doenças crônicas da senilidade, além de se confirmar a importância do papel do enfermeiro e de toda equipe multidisciplinar da Atenção Básica em Saúde na identificação e tratamento adequado dessa doença tão frequente nos dias atuais. Espera-se que a concretização do Plano de intervenção alcance seus objetivos e o idoso seja cuidado com qualidade.

Palavras chave: Depressão. Idoso. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This paper addresses the relationship between senility and elderly chronic diseases and depression accompanied by factors that interfere positively and negatively in the patient's care process. With population ageing, fact that occurs in almost every part of world, it was necessary a critical look to the epidemiological transformation that our country is going through, which is the increase of the life expectancy. Therefore, this study aimed to develop an efficient and human intervention plan for the care of the elderly population of a Basic Health Unit in Contagem City. Thereby this study was conducted by a literature review on SciELO and NESCO's materials, using the descriptors: depression, elderly and Primary Health Care. It was noticed the relevance of turning the attention to depression which is a major problem to the life quality of patients with elderly chronic diseases. The study also confirms the importance of the role of the nurses and entire multidisciplinary team in Primary Care Health in the identification and appropriate treatment of this very common disease .It is expected that the intervention plan achieves its goals and that the elderly receives a quality care.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 OBJETIVOS..... | 15 |
| 4 METODOLOGIA | 16 |
| 5 REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO..... | 22 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 23 |
| REFERÊNCIAS | 24 |

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que envelhece de forma muito rápida, segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14.536.029 de pessoas, atingindo a proporção de 8,6% da população total brasileira. Após 10 anos, segundo o censo de 2010 (IBGE, 2010), a população com mais de 60 anos de idade era de 20.590.597 de pessoas residentes no Brasil, chegando a aproximadamente 10,8% da população total do país.

Ainda segundo o IBGE (2010), através dos indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, publicados no ano de 2009, a expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice, mas esbarra na indisponibilidade de infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes, apesar desses grandes centros apresentarem perfis demográficos semelhantes ao dos países mais desenvolvidos. Ao observar tal estatística chega-se à conclusão de que o envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais notórios dos tempos atuais, em todo o mundo, trazendo consigo repercussões culturais, sociais e políticas.

Associado a esse quadro observa-se que o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro morbimortalidade. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias de faixas etárias mais avançadas (GORDILHO *et al.*, 2000).

Aliado a este crescimento da população idosa, está o aparecimento de complicações econômicas, físicas e mentais neste grupo. Observa-se ao longo das últimas décadas o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas na população de idosos, dentre elas a depressão. Devido a essas doenças e suas repercussões sobre a condição mental, a população idosa tende a requisitar mais os serviços de saúde mental do que os grupos etários mais jovens. Idosos com depressão consomem mais medicamentos estando sujeitos a mais efeitos adversos, podendo

também piorar o prognóstico de outras doenças por interferir na qualidade do autocuidado.

A depressão caracteriza-se por um estado de tristeza persistente e por interferir significativamente na vida social, profissional e na saúde dos pacientes. Em idosos, frequentemente a depressão assume formas mais discretas, sendo erroneamente confundida com sintomas de outras doenças e até mesmo considerada em aspecto habitual do envelhecimento. Esse fato se torna notório já que a saúde mental do idoso é de suma importância para o equilíbrio das demais enfermidades.

De acordo com Pacheco (2006), a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves e muitas vezes incapacitantes. Neste sentido, a prevalência de comorbidades no idoso constitui-se como importante fator de risco para a depressão. Aliado a isso, os sentimentos de frustração perante aos anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento de depressão. Percebe-se que muitas vezes doenças trazidas como queixas no atendimento ao idoso têm fundo psicológico.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família objetiva a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias a ele vinculadas representando um conjunto de ações voltadas para o âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas, participativas e do trabalho em equipe que devem ser dirigidas à população de um

território bem delimitado. As equipes assumem responsabilidade sanitária no território e consideram a dinamicidade existente no contexto, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASILIA, 2014).

Guedes *et al.*(2012) afirmam que a Unidade Básica de Saúde é de grande importância nesse contexto, pois ela acolhe os usuários na tentativa de resolver os problemas e as necessidades apresentadas.

Mas o atendimento adequado ao paciente que apresenta quadro sugestivo para depressão esbarra em um problema. Um estudo realizado por Silva, Furegato, e Costa Júnior (2003) obteve como resultado o baixo interesse por cursos de saúde mental por parte dos enfermeiros da rede básica da cidade de Ribeirão Preto-SP, indicando que a maioria dos sujeitos não tem, de fato, interesse pela área de saúde mental, sugerindo reflexões a respeito das possíveis dificuldades do enfermeiro em lidar com essa área ou até em lidar com as suas próprias emoções. Os enfermeiros, participantes do estudo, informaram que entre 20 a 50% das pessoas atendidas por eles têm depressão. Entretanto, apenas 17,8% encaminharam 10% dos casos e 15% encaminharam menos de 5% dos casos identificados. Observou-se que 23 enfermeiros não responderam a essas questões. A ausência de respostas de 31% dos enfermeiros sobre pacientes deprimidos, atendidos por eles, leva a supor que esses profissionais não têm estado em contato direto com o paciente.

Destaca-se, também, que segundo observado por Gazalle, Hallal e Lima (2004), 76,6% dos idosos afirmaram que na última consulta o médico não perguntou se eles sentiam-se tristes ou deprimidos e entre as mulheres, a prevalência de investigação na última consulta médica foi de 28,7%, enquanto entre os homens o percentual foi de 14,8%.

Dentro desse contexto abordado pode-se dizer que a saúde mental dos idosos é de suma importância para o equilíbrio das demais enfermidades.

Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Contagem, Minas Gerais, encontram-se lotadas três equipes de saúde da família, sendo que apenas uma tem o profissional médico na sua composição. Assim, em uma das atividades realizadas,

como a Classificação de risco D, a unidade apresenta grande demanda possuindo uma das equipes contendo aproximadamente 6.500 usuários, segundo levantamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em dezembro/2012. Há muitas mulheres chefes de família e com familiares em situação carcerária ou vítimas de violência local ligada ao tráfico de drogas.

É nesse cenário onde atuo como enfermeira inserida pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Por meio das fragilidades detectadas no atendimento do dia a dia às pessoas idosas foi possível confirmar, por meio do diagnóstico situacional realizado como uma das atividades do Módulo e Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) que dentre as demandas havia um problema de saúde, dentre muitos, muitas vezes imperceptível: a depressão. Sabe-se ser difícil de ser diagnosticada e chama a atenção por ser agravo de comorbidades pré-existentes.

Observou-se, ainda, na unidade, no período de 12 meses, que muitos idosos com idade entre 60 a 90 anos, apresentavam sintomas sugestivos de depressão ou faziam uso de medicamento para tal. A cada 10 idosas que compareciam ao acolhimento das equipes de saúde, em média, em duas eram constatados evidentes sintomas de depressão, como choro compulsivo, perda da autoestima, perda da sua função adaptativa, da tristeza e humor autônomo e, persistentemente, sentir-se deprimido, ultrapassando o limiar da normalidade e se sentiam aliviados por encontrar alguém para conversar.

Registra-se que apenas abordar o paciente, com esses sintomas, não é compatível com a realização da triagem devido à escassez de tempo, para essa atividade pois se busca priorizar os casos e respectiva classificação e encaminhamento. Esse Fato despertou em mim a necessidade de realizar um atendimento de forma direcionada e objetiva para os idosos com queixas que levam a inferência de se tratar de depressão afim de abordarmos as suas dores e necessidades psíquicas através de um grupo multidisciplinar.

Percebo que dentro da minha formação esse tema é pouco abordado e discutido, sendo importante que nós enfermeiros possamos também dar esse suporte adequado a esses pacientes como forma de cuidar da saúde integral da família. Os

usuários portadores de depressão serão beneficiados para que também, dentro da unidade básica, encontrem o alento do seu sofrimento, pois muitas vezes nem mesmo o portador consegue distinguir o que sente. Dessa forma, por meio de uma abordagem multiprofissional desse indivíduo poderemos direcioná-lo para a cura e até mesmo evitar a piora do quadro.

2 JUSTIFICATIVA

Baseado no contexto apresentado percebe-se que o envelhecimento populacional acarreta aumento da demanda de atendimento aos idosos na Atenção Primária de Saúde. Para que este atendimento seja efetivo, eficaz e eficiente é primordial que os profissionais de saúde estejam capacitados tanto tecnicamente quanto humanamente falando.

O cotidiano de trabalho na Atenção primária mostra que os profissionais de saúde ainda tratam a depressão senil sem investigar a causa, muitas vezes por falta de conhecimento sobre o assunto, levando a necessidade de uma reformulação do atendimento e processamento do ato cuidar e na busca de políticas com maior ênfase na educação profissional visando abranger o conhecimento no campo de atuação desses profissionais na saúde biopsíquica dos pacientes que adentram a Unidade Básica de Saúde.

Assim, melhor o processo de atendimento à pessoa idosa é um desafio a ser alcançado.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para que o atendimento á população idosa na Unidade Básica de Saúde, no Município de Contagem, seja eficiente e humano , além de se ter um tratamento adequado.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se em uma pesquisa bibliográfica baseada na análise de artigos publicados em periódicos eletrônicos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, no período de 2000 a 2013. Utilizaram-se como fontes bibliográficas principais, a base de dados da Biblioteca virtual em Saúde (BVS), o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Fez-se, ainda, pesquisa nas publicações do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina – UFMG (NESCON). Os descritores utilizados foram: depressão, idosos e Atenção Primária à Saúde.

Os artigos selecionados descrevem sintomas da depressão em idosos e sua abordagem. Para contribuir com o embasamento teórico foram utilizados o relatório de Gestão da Saúde Mental no SUS 2007-2010, Caderno de Saúde do Idoso disponibilizado na Biblioteca Virtual do NESCON (2013) e a linha guia de saúde mental de Belo Horizonte (2006), que descrevem o protocolo de atendimento ao portador de doença mental e o andamento dessa política no sistema de saúde brasileiro.

A partir dessa fundamentação teórica, foi elaborado o Plano de intervenção .

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A depressão é um transtorno mental que pode surgir em qualquer momento da vida de um indivíduo. Porém, com base na literatura analisada, observa-se uma relação positiva entre idade e depressão, reforçada pelo estudo realizado por Santos e Kassouf (2007), segundo os quais, independentemente do sexo, a média de idade entre pessoas depressivas é maior.

Segundo Arantes (2007), o termo depressão tem sido empregado para designar um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Os sentimentos de tristeza e alegria “colorem” o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações da perda, derrota, despontamento e outras adversidades, tendo valor adaptativo do ponto de vista evolucionário. Por outro lado, constitui-se como sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de auxílio. A depressão se instala quando a tristeza perde sua função adaptativa e o humor segue autônomo e persistentemente deprimido ultrapassando o limiar da normalidade.

Prosseguindo, Arantes (2007) discorre sobre os sintomas da depressão que podem surgir nos mais variados quadros clínicos, dentre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e doenças clínicas, também podendo ocorrer como resposta a situações estressantes ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Na síndrome, a depressão inclui alterações de humor, alterações cognitivas, psicomotoras, vegetativas e outras. A maioria dos pacientes deprimidos (60%) recebe tratamento na atenção Primária e estima-se que 50% das prescrições de antidepressivos sejam clínicos, 30% de psiquiatras e 20% de outras especialidades. Apesar da alta prevalência, há uma grande deficiência no diagnóstico e tratamento na prática geral.

Freudenstein *et al.* (2001) acrescentam que os idosos em geral fazem uso de maior número de medicações, sendo os antidepressivos mais frequentemente contraindicados. Nesse caso, intervenções não farmacológicas podem ser bem indicadas, necessitando de mais estudos para validar seu uso.

Arantes (2007) também recomenda que a maioria dos pacientes deprimidos deva ser tratada em ambulatórios gerais, pelo clínico somente, ou em conjunto com psiquiatra em casos mais graves.

Todos os artigos analisados neste presente estudo tiveram significativa importância na construção do conhecimento explorado e alguns deles citados durante essa produção tiveram dados relevantes que confirmam e revelam que a depressão é uma doença com importante prevalência associada de maneira positiva a fatores como o número de patologias crônicas sendo confirmados em metade dos artigos que tratam diretamente do assunto, ou seja, metade dos artigos selecionados que correlaciona depressão e doenças crônicas, em nenhum deles essa relação ocorre de forma negativa, evidenciando que as doenças típicas da senilidade possuem grande chance de desenvolver em seu portador um sofrimento psíquico do tipo depressivo.

Duarte e Rego (2007) e Carvalhais, Demicheli e Costa (2005) chegaram à conclusão que também existe correlação positiva para depressão e doenças que causam dependência como, por exemplo, o Parkinson, incontinência urinária e instabilidade postural. Há, também, a associação entre transtornos do sono, como insônia, sonolência excessiva e pesadelos, com a depressão.

Por conseguinte, os estudos do sono desempenham um importante papel na investigação da depressão, contribuindo para o diagnóstico desse transtorno, a elaboração de estratégias de tratamento e a identificação de indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento da depressão (CHELLAPPA e ARAÚJO, 2007)

Em Fernandes, Nascimento e Costa (2010), verifica-se um elevado índice de prevalência de sintomas depressivos entre os senescentes e a ocorrência de seu aumento conforme o aumento da idade, surgindo, a depressão, de forma leve ou moderada, em sua maioria. Detectam a natureza multifatorial da depressão, com sua origem influenciada, tanto por fatores endógenos ou individuais, como por fatores exógenos ou sociais e a maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos do sexo feminino. Isso fato se explica devido ao acúmulo de perdas físicas, psicológicas e sociais vivenciadas pelos idosos ao longo da vida, o acúmulo de doenças crônicas ou incapacitantes e a necessidade de se ter um cuidador.

Também no estudo de Duarte e Rego (2007), verifica-se que houve uma maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos com idade mais avançada, isto é, aqueles com 70 anos ou mais, também ressaltando significativo diferencial na composição por sexo, sendo mais frequente, a depressão, em idosos do sexo feminino.

Vale ressaltar, de acordo com Oliveira *et al.* (2006), a existência de relação significativa entre ansiedade, depressão e desesperança entre os idosos, apresentando índice de correlação expressivamente mais alto entre ansiedade e depressão. Outro ponto importante observado é a dificuldade de identificação do próprio paciente em relação ao seu quadro depressivo.

Além disso, devido à íntima relação entre depressão e doenças clínicas gerais no idoso, a não identificação e o não tratamento da depressão contribuem para o agravamento de eventuais doenças orgânicas que acometem o paciente, aumentando a morbidade e o risco de morte. Por outro lado, a atividade física contribui de diferentes maneiras para melhorar a condição clínica geral e a condição mental do idoso deprimido (STELLA *et al.*, 2002).

Corso *et al.* (2009) mostram alta prevalência de sintomas depressivos em uma população de usuários de um serviço de atenção primária, com 46% da população estudada. Os dados também comprovam o impacto negativo que a presença e a intensidade dos sintomas exercem em todos os domínios da qualidade de vida da amostra e quanto mais intenso o sintoma depressivo, pior é a qualidade de vida. É ressaltado, também, que ainda ocorrem distorções em relação à sintomatologia da depressão que comumente é associada à resposta ao *stress*, à fraqueza de caráter ou à tentativa de ganhos secundários. Similarmente, é frequente a distorção entre a depressão como uma reação natural às doenças clínicas. O desconhecimento sobre depressão em atenção primária foi confirmado nesse estudo com um grupo de enfermeiros, comprovando a necessidade de capacitação para lidar com ações em saúde mental na rede básica de saúde, desde a formação durante a graduação e em cursos de atualização e educação permanente.

Dentro desse quadro exposto, a atenção básica depara-se com esse paciente necessitado de um olhar mais profundo de suas dores e enfermidades. Afirma

Arantes (2007) que 10% a 25% de usuários ambulatoriais são portadores de depressão sendo atendidos por médicos não psiquiatras.

Entretanto, os serviços de saúde enfrentam problemas quanto à capacitação dos trabalhadores, as questões salariais, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento considerável da demanda em saúde mental e a diminuição dos gastos com internação psiquiátrica, apontando a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial na assistência à saúde mental, no processo e na formação das redes no cuidado aos usuários acompanhamento e resultados dos serviços prestados (SILVA; MELO;ESPIRIDIÃO, 2012).

Veras (2003), em seu estudo, recomenda que o envelhecimento saudável deve não só fazer parte das preocupações do setor saúde, mas também ser incluída como prioridade na agenda social do país, enfatizando que um dos estrangulamentos dos sistemas de saúde é a captação eficiente dos que mais necessitam de cuidado, no momento certo.

Importante salientar que todo ser humano, independentemente da idade, necessita relacionar-se para estabelecer e manter a convivência com outras pessoas, fator essencial para sentir-se percebido, valorizado e reconhecido. Dessa forma, é preciso que os profissionais que cuidam de idosos reconheçam que existem peculiaridades distintas que caracterizam a individualidade e o talento dele como pessoa e isso não deve estar condicionado à sua idade ou suas características físicas (SCHIMIDT e SILVA, 2013)

Nesse sentido, a depressão constitui-se em condição mental nem sempre diagnosticada, o que favorece a cronificação desta enfermidade, agravando o sofrimento psíquico do paciente. Devido à íntima relação entre depressão e doenças clínicas gerais no idoso, a não identificação e o não tratamento da depressão contribuem para o agravamento de eventuais doenças orgânicas que o acometem.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de intervenção se justifica uma vez que o atendimento à pessoa idosa deve ser feito respeitando seu tempo, espaço e linguagem, além da necessidade de se fazer por meio de equipe multiprofissional.

Acredita-se ser factível a implementação de ações locais, pontuais, de baixo custo, e de pouca complexidade levando à melhoria e efetividade no atendimento ao idoso, neste trabalho, com prioridade a aqueles que apresentam sintomas e sinais de depressão e aqueles que já têm o diagnóstico pronto.

Após reuniões com a equipe de saúde e discussão da importância de se implantar e implementar o grupo multiprofissional, **todos**, em conjunto poderão sugerir, propor e alterar o projeto inicial que será levado para a primeira reunião para construção coletiva do plano.

Assim, para a primeira reunião, serão levantados os seguintes pontos:

- 1) Criação de Grupo Multidisciplinar para atendimento à população idosa – uma abordagem integral, com escuta qualificada e valorização da dor subjetiva.
- 2) Composição: serão convidados o psicólogo, o assistente social, um técnico de enfermagem, um enfermeiro e o médico da equipe.
- 3) Frequência: serão propostos encontros quinzenais, de preferência no turno da tarde, com 10 a 15 idosos por grupo, no máximo para que todos possam ser protagonistas do grupo.
- 4) Funcionamento: a equipe poderá trazer outras dinâmicas, além das apresentadas aqui, para se trabalhar com os idosos, tais como: escuta dos depoimentos pessoais, vídeos, com o objetivo de desencadear discussões entre os idosos e o facilitador do grupo;
- 5) Abordagem dos aspectos depressivos, enfrentamento da morte e desastres: poderá ser realizado pelo psicólogo, enfermeiro, médico.

- 6) Abordagem dos aspectos clínicos da depressão: atendimento individualizado pelo médico, em casos que demandem prescrição medicamentosa e encaminhamento para outro profissional da equipe, para acompanhamento dos casos que o necessitarem.
- 7) A voz do idoso: os idosos poderão propor suas demandas e necessidades e solicitar discussões de outros temas que surgirem no transcorrer dos grupos.

A implementação do grupo multiprofissional do idoso será também monitorado. Serão encontros quinzenais e após cada encontro serão avaliados aspectos quanto: horário, espaço físico, atividades realizadas, dinâmica, resultados preliminares.

A avaliação dos encontros grupais será mensal e subsidiará mudanças nos rumos dos encontros e alterações pertinentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu dizer que diante da senescência, faz-se necessário que os profissionais de saúde e os familiares ajudem o idoso a superar estados anímicos baixos e, conseqüentemente, a depressão, tornando-o ativo e ajudando-o a construir um novo caminho perante a sua situação de saúde e social.

Na atenção básica, esse tema é pouco abordado e discutido, sendo importante que os profissionais enfermeiros e os demais integrantes da equipe de saúde da família, possam também dar um suporte adequado a esses pacientes como forma de cuidar da saúde integral da família. Os usuários portadores dessa patologia serão beneficiados para que também dentro da unidade básica encontre-se o alento do seu sofrimento, pois muitas vezes nem mesmo o portador consegue distinguir o que sente, então através de uma abordagem multiprofissional desse indivíduo podendo direcioná-lo para a cura e até mesmo evitar a piora do quadro.

Estudos envolvendo o quadro senil e a depressão desempenham um importante papel no melhor aperfeiçoamento do cuidado a terceira idade, contribuindo para o diagnóstico preciso e precoce desse transtorno, a elaboração de estratégias de tratamento e a identificação de indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento da depressão

Requerendo dos profissionais da saúde, especialmente dos enfermeiros, um processo reflexivo com vista a produzir dados sobre determinantes de sintomas depressivos entre os idosos, especialmente no âmbito da comunidade e da atenção básica, favorecendo, assim, a identificação e terapêutica precoce de casos, aumentando, com isso, a chance de uma velhice saudável para esses senescentes.

O próprio envelhecimento populacional fará com que os médicos e profissionais de saúde, independentemente de sua especialidade, lidem cada vez mais com pacientes depressivos.

REFERÊNCIAS

ARANTES, D.V., Depressão na Atenção Primária. **Rev. Bras. Med. Fam e Com.** v.2 n. 8, p. 261-270, 2007

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil** – IBGE – 2002

BRASIL, Ministério da saúde –**Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**- Série A Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica n. 19- Brasília, 2007 pg.12

BRASÍLIA. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) 2014

CARVALHAIS, S.M.M., DEMICHELI M.E.U., COSTA M.F.F.L. – **Estudo epidemiológico e antropológico sobre sintomas depressivos em idosos vivendo em comunidade**: Projeto Bambui – Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em ciências da saúde na área de concentração saúde coletiva- Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisas René Rachou – Belo Horizonte - Maio 2005

CHELLAPPA, S.L., ARAÚJO, J.F. – O sono e os transtornos do sono na depressão – **Rev. Psiqu. Clín.** v.34, n.6, p. 285-289, 2007

CORSO, A.N., COSTA, L.S., FLECK, M.P.A., HELDT, E. – **Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde** – **Rev. Gaúcha Enferm.** v.30, n.2, p. 257-62, Porto Alegre (RS), 2009

DUARTE, M.B., REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria – **Cad. Saúde Pública.** v. 23, n.3, p. 691-700, mar, 2007

FERNANDES, M. G. M., NASCIMENTO, N. F. S., COSTA, K. N. F. M. – Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária em saúde – **Rev. Rene. Fortaleza,** v. 11, n. 1, p. 19-27, jan/mar 2010.

FREUDENSTEIN, U, JAGGER, C, ARTHUR, A, DONNER-BANZHOFF, N. Treatments for late life depression in primary care – a systematic review. **Fam Pract.** v. 18, n.3, p. 321-7, 2001

GAZALLE,F.K.; HALLAL P.C.; LIMA, M.S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v.26,p. 145-9, 2004.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R. & KARSCH, U.,. **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2000.

GUEDES, H.M., BATISTA, E.A.P., ROSA, J. A., ALMEIDA, M.E.F., O olhar do idoso sobre o atendimetro em unidades básicas de saúde de Coronel Fabriciano-MG – **Rev.Min.Enferm.** v.16, n.1, p. 75-80, jan/mar,2012

OLIVEIRA, K.L., SANTOS, A.A.A., CRUVINEL, M., NÉRI A.L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p. 351-359, mai/ago, 2006.

PACHECO, J.L. **Educação, trabalho e envelhecimento: Estudo das histórias de vida de trabalhadores e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos após a aposentadoria**. Tese de Doutorado – Educação / Gerontologia. UNICAMP, Campinas, SP.2006.

SANTOS, M.J.; KASSOUF, A.L. – Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. – **Econ. Aplic.**, São Paulo, v.11, N.1, p.5-26, jan-mar 2007

SCHIMIDT T.C.J., SILVA M.J.P. – Influências das características físicas humanas na comunicação do profissional da saúde com o idoso –**Rev. Min. Enferm.** v.17, n.3, p. 510-516, 2013

SILVA, M.C.F., FUREGATO, A.R.F., COSTA JÚNIOR M.L.. – Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde – **Rev. Latino-am Enfermagem** v.11, n.1, p. 7-13, jan-fev 2003.

SILVA N.S., MELO, J.M., ESPIRIDIÃO, E. – Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros:revisão integrativa da literatura –**Rev. Min. Enferm.**v.16, n.2, p. 280-288, abr/jun.,2012

STELLA, F., GOBBI, S., CORAZZA, D.I., COSTA, J.L.R., - Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física – **Motriz.** v.8 n.3, p. 91-98, 2002

VERAS, R. – 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, n.3, p. 705-715, mai-jun,2003

