



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCEG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF**

ISADORA LEITE ALVES DANTAS

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO QUE CONVIVE COM DEPRESSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

CAJAZEIRAS – PB

2018

ISADORA LEITE ALVES DANTAS

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO QUE CONVIVE COM DEPRESSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao o Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF - como requisito básico para o Título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Paula Frassinetti Oliveira Cezário

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

D192a Dantas, Isadora Leite Alves.

Assistência ao idoso que convive com depressão na atenção básica:
revisão narrativa de literatura / Isadora Leite Alves Dantas. - Cajazeiras,
2018.

46f.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Depressão - idoso. 2. Idoso - assistência à saúde. 3. Atenção básica
de saúde. I. Cezário, Paula Frassinetti Oliveira. II. Universidade Federal
de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616.89-008.454-053.9

ISADORA LEITE ALVES DANTAS

**ASSISTÊNCIA AO IDOSO QUE CONVIVE COM DEPRESSÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao o
Centro de Formação de Professores da Universidade
Federal de Campina Grande – UFCG / Unidade
Acadêmica de Enfermagem - UAENF - como
requisito básico para o Título de Bacharelado em
Enfermagem.

Aprovado em: ___ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA



Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário
(UAENF/CFP/UFCG)
Orientadora



Profa. Ms. Cicera Renata Diniz Vieira Silva
(UETSC /CFP/UFCG)
Examinadora Interna



Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento
(UAENF/CFP/UFCG)
Examinadora Interna

CAJAZEIRAS

2018

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus que sempre foi essencial em minha vida e em toda a minha trajetória, socorro presente na angústia; Dedico a minha mãe mulher guerreira que sempre me apoiou, e que nunca mediu esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida; Dedico a minha avó motivação que me fez escolher o tema do trabalho e a meu avô “*in memoriam*”, pois me motivaram a escolha do curso, visando um dia ter conhecimento para cuidar deles e, ao meus demais familiares e amigos que sempre estiveram na torcida para que eu realizasse meus sonhos e me motivaram a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus por ter me dado a capacidade de chegar aonde cheguei e por prover toda a força necessária para que eu suportasse todas as batalhas travadas no decorrer do percurso, e que ainda estará presente nas batalhas que ainda virão.

Quero agradecer em especial a minha mãe Inês por ser essa super mãe e amiga, por sempre está ao meu lado nos bons e maus momentos, por não ter medido esforços para que eu pudesse chegar onde cheguei, agradecer pela força e paciência, e por ser tudo que ela é, por existir e principalmente por ser minha mãe. E também ao meu pai que mesmo distante se faz presente em quem eu sou e nessa saudade constante que guardo.

Quero agradecer a minha avó Ivonete por ser essa grande mulher que é o pilar de toda a nossa família, mulher guerreira que travou suas batalhas e hoje luta com a saudade deixada pela partida do companheiro de uma vida, (motivo que me levou a escolher o tema desse trabalho). Agradeço ao meu avô Pedro (Revolto) “*in memorian*” por ter sido um exemplo de homem em todos os aspectos, por não deixar a desejar em nada, homem que me fez ter certeza de que eu estava no caminho certo quando escolhi a enfermagem, e que infelizmente não pode presenciar a concretização desse sonho que quando conquistado com a aprovação no vestibular lhe foi motivo de tanto orgulho. Agradeço a toda a minha família tios, tias e primos, pela força e torcida que me foi dada nessa trajetória, e também a minha cachorrinha Lilica por me proporcionar uma alegria constante e ainda ser uma companheira fiel.

Agradeço as minhas amigas Lindiane e Marcia por serem as irmãs que a vida me deu e por terem paciência comigo, por entenderem que nem todo dia é dia de festa, mas que quando é a gente festeja. Por me ensinarem o real significado de amizade, e companheirismo, pelo apoio que sempre me deram e por não deixarem que eu descreditasse de mim.

Quero agradecer as companheiras e amigos que fiz durante todo esse percurso na UFCG, Emília, Kellen, Inadja, Pedro, Jessica, Evelto, Bruno, Thaise, Anderson “*in memorian*”, Ana Cláudia, Wallber entre outro que foram suportes em dias difíceis e que alegraram os dias de luta.

Agradeço a disponibilidade das professoras presentes na banca, agradeço do fundo do coração por estarem fazendo parte de um sonho e por poderem partilhar comigo de um momento tão especial e único na minha vida.

Quero agradecer a UFCG e todo o seu corpo docente, por ter plantado flores e também espinhos, por ter me ajudado a amadurecer como pessoa, como ser humano, como aluna e como profissional, que embora estejam todas na mesma pessoa, se fazem essenciais para momentos diferentes no decorrer da caminhada da vida. Quero agradecer a vocês por tudo que me ensinaram e pela força que alguns, em especial, me deram nos momentos em que mais precisei.

Nosso rosto verdadeiro, tem algumas rugas, alguns traços de tristeza, certamente algumas cicatrizes de batalhas passadas, mas também tem a serenidade de quem lutou e venceu, a sabedoria de quem lutou e perdeu e principalmente, a fé de quem sabe que ainda tem muitas histórias para viver lá na frente.

(Autor Desconhecido)

DANTAS, ISADORA LEITE ALVES. **Assistência à saúde prestada ao idoso que convive com depressão na atenção básica: revisão de literatura.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2018. Orientadora: Prof.^a Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Trata o presente estudo acerca da assistência ao idoso que convive com a depressão. A depressão tem acometido um número significativo de pessoas em todo o mundo e não tem um público em específico, visto que todo sujeito está susceptível a esse problema de saúde. **OBJETIVO:** Identificar nos achados literários como ocorre a assistência multiprofissional direcionada ao idoso acometido por depressão. **METODOLOGIA:** Adotou-se como metodologia uma revisão narrativa de literatura, cuja população alvo do estudo constitui-se de idosos, em virtude de que os casos de depressão nesta faixa etária têm crescido significativamente e tem preocupado as autoridades e os profissionais que atuam na área de saúde. Para construção da discussão foram utilizados os sites de busca Scielo, Lilacas, BIREME. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Conforme apurado na literatura, percebeu-se que a depressão tem atingindo a população idosa a qual já convive com os fatores predisponentes do envelhecimento e que a atenção básica precisa criar mecanismos para o enfrentamento desse problema de saúde, devendo, para tanto, qualificar a equipe multiprofissional para lidar com essa condição de saúde do idoso, tendo em vista que, a literatura demonstra que os profissionais de saúde apresentam limitações acerca dos conhecimentos mais específicos relacionados à depressão e que, somente com a capacitação destes profissionais será possível minimizar os impactos advindos do estado depressivo aos idosos, a família e a sociedade de um modo geral. **CONCLUSÃO:** Conclui-se, portanto, que o papel ao qual os profissionais da saúde devem exercer diante do idoso que convive com a depressão exige conhecimentos específicos sobre esse problema de saúde, devido a complexidade que está doença apresenta. Neste sentido, toda equipe deve estar apta a desenvolver ações efetivas em relação à saúde do idoso, para solucionar, amenizar ou retardar os problemas, como depressão apresentados nessa faixa etária. Contudo, evidencia-se a necessidade da implantação ou efetiva implementação das práticas de saúde mental na rede de cuidados primários à saúde, como uma assistência integral da equipe multiprofissional com a saúde do idoso.

Palavras-Chave: Idoso. Assistência à saúde. Depressão. Atenção Básica.

DANTAS, ISADORA LEITE ALVES. **Health care provided to the elderly living with depression in primary care: literature review.** Graduated in Nursing - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2018. Advisor: Prof.^a Esp.: Paula Frassinetti Oliveira Cezário.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study deals with the care of elderly people living with depression. Depression has affected a significant number of people around the world and does not have a specific public, since every subject is susceptible to this health problem. **OBJECTIVE:** To identify, in literary findings, how multiprofessional care directed to the elderly affected by depression occurs. **METHODOLOGY:** A literature review was adopted as methodology, whose target population is elderly, since the cases of depression in this age group have grown significantly and have worried the authorities and professionals who work in the area of health. To construct the discussion we used the search sites Scielo, Lilacas, BIREME. **RESULTS AND DISCUSSION:** According to the literature, it was observed that depression has reached the elderly population, which already lives with the predisposing factors of aging, and that basic care needs to create mechanisms to cope with this health problem. , to qualify the multiprofessional team to deal with this health condition of the elderly, considering that, the literature demonstrates that health professionals present limitations on the more specific knowledge related to depression and that only with the qualification of these professionals will it be possible to minimize the impact of the depressive state on the elderly, the family and society in general. **CONCLUSION:** It is concluded, therefore, that the role that health professionals should exercise in relation to the elderly person who lives with depression requires specific knowledge about this health problem, due to the complexity that this disease presents. In this sense, all staff should be able to develop effective actions regarding the health of the elderly, to solve, mitigate or delay problems, such as depression presented in this age group. However, it is evident the need for the implementation or effective implementation of mental health practices in the primary health care network, as an integral assistance of the multiprofessional team with the health of the elderly.

Keywords: Elderly. Health care. Depression. Basic Attention.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades da Vida Diária

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISI - Programa de Atenção Integral a Saúde do idoso

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

PVD - Programa de Visita Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Organização dos trabalhos selecionados para revisão.....	30
----------------------------------------------------------------------------	-------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 GERAL.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	15
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS AO IDOSO.....	15
3.2 REFLEXOS DA DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE.....	17
3.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) COMO ELO NO ACOMPANHAMENTO DO IDOSO QUE CONVIVE COM A DEPRESSÃO.....	22
3.4 ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIRECIONADO AO IDOSO ACOMETIDO POR DEPRESSÃO.....	25
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
4.2 COLETA E AMOSTRA DOS DADOS.....	29
4.3 TRATAMENTO DOS DADOS.....	30
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, podendo ser observado pelo aumento da longevidade da população, fato este que não acontece de forma linear entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, uma vez que, nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional acontece simultaneamente, ofertando a população melhorias da qualidade de vida, em contrapartida nos países em desenvolvimento o crescimento vem ocorrendo de forma acelerada e frágil, pois ainda apresentam limitações nas organizações sociais e de saúde (PASCOAL, 2016).

A depressão é doença complexa e difícil de ser diagnosticada, e pode ser confundida com outras doenças emocionais. A depressão tem várias maneiras e formas diferentes de se manifestar, os pacientes chegam à emergência em crise, buscando atenção e ajuda para solução de seu problema. A depressão tem representado na população mundial um crescente problema de saúde e que tem acometido os indivíduos, independente de raça, credo, idade, questões financeiras e outras condições (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2016).

No que se refere à população idosa, a depressão é um dos transtornos mentais mais comuns, os fatores psicossociais estão mais relacionados à depressão nesta faixa etária quando comparada com outras. A população senil pode encontrar-se mais vulnerável à incidência de patologias diversas, considerando que os mesmos tendem a estar mais expostos em um dado momento de suas vidas, não sendo diferente com a depressão.

Considerando este contexto, o Ministério da Saúde (2008) aponta para o importante papel da equipe de profissionais de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), frente aos cuidados junto a esta população, vislumbrando uma melhoria na qualidade da assistência prestada, no desenvolvimento de um plano de cuidado e na realização de um trabalho de avaliação contínua, beneficiando a prevenção da depressão nos idosos, estejam estes institucionalizados ou não, de modo a produzir uma intervenção eficiente e eficaz.

É sabido que as equipes atuantes nas unidades de saúde são de grande relevância para o processo de assistência aos idosos com depressão, mas para tanto se faz necessário que os profissionais estejam preparados para promover o acolhimento e a assistência a essa população. Diante deste contexto, o problema de pesquisa levantado no presente estudo vislumbra responder ao seguinte questionamento: Como as equipes multiprofissionais estão atuando na assistência à saúde do idoso acometido por Depressão? Desta forma, pretende-se

refletir o que a literatura aborda no contexto de medidas preventivas e tratamento para o estado depressivo da pessoa idosa.

Para que possamos promover uma salutar discussão em torno da assistência à saúde dos idosos acometidos por depressão, três reflexões foram construídas: Na primeira de que, necessário se faz que toda equipe multiprofissional atuante na ESF compreenda o estado depressivo ao qual passa o idoso, identificando os fatores predisponentes e seus efeitos no modo de vida da pessoa idosa. Na segunda, que os profissionais possam ser capacitados para a prática de uma assistência concisa, eficiente e eficaz, e, na terceira, que possa existir uma interação mais concreta entre a equipe multiprofissional e os familiares do idoso em estado depressivo.

Espera-se alcançar como resultado do presente estudo, que novas discussões possam ser promovidas tanto no âmbito acadêmico quanto profissional e social, pois, acredita-se que, é de fundamental importância que os profissionais de saúde, que a sociedade e os familiares dos idosos que convivem com a depressão possam ampliar os seus conhecimentos no que diz respeito a assistência que se faz necessária dispensar a essa população. Quando se aprofunda os conhecimentos sobre determinados assuntos, estará favorecendo, de forma automática, a construção de uma prática humanizada para a qualidade de vida dos senis.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar na literatura científica como acontece na prática a assistência multiprofissional direcionada ao idoso acometido por depressão

3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AOS IDOSOS

O envelhecimento vem ganhando destaque na discussão e elaboração das políticas sociais de assistência e saúde. Esse debate tem como marco inicial a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982 em Viena-Áustria. Esse fórum contou com a participação de 124 países, incluindo o Brasil. Nesse evento foi elaborado o Plano de Ação para o Envelhecimento, um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos diversos aspectos que envolvem o processo de envelhecimento. No Brasil, muito se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos; dentre as quais podemos citar a Política Nacional do Idoso (1994); A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999); o Estatuto do Idoso (2003); A Política Nacional de Assistência Social (2004); A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988 (SANTOS; SILVA, 2013).

A Política de Saúde do Idoso apresenta, como propósito basilar, “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”. Prevê que se deva dar atenção especial aos pacientes mais vulneráveis a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico, identificando essas pessoas e provendo uma assistência diferenciada, que inclua a atenção domiciliar. (SANTOS; SILVA, 2013 apud BRASIL, 1999)

A estratégia de Saúde da Família pode fazer face a esses desafios, desde que se incorpore o cuidado domiciliar aos dependentes e se incluam o planejamento e o financiamento multisetorial de ações, por parte de uma rede de suporte à família-cuidadora. A equipe de saúde deve estar atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social (FERREIRA et al., 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta como pressuposto básico para a permanência do idoso em seu seio familiar. Vários estudos reforçam o importante papel da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação (MACHADO, JORGE e FREITAS, 2012). Assim, percebe-se a primazia por uma assistência

ao idoso domiciliar, em detrimento a asilar, na qual a família representa um papel importante de assistência e proteção, geralmente assumida pelo cuidador familiar.

Para Cattani, Girardon-Perlini (2014) a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Diante da acelerada mudança do perfil da população brasileira, o modelo de cuidados domiciliares se reproduz e reafirma como modelo de assistência, sendo essa uma estrutura defendida e apoiada pelas políticas públicas voltadas à pessoa idosa como, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

O discurso apresentado pelas políticas públicas sobre o envelhecimento prevê a participação de todos os envolvidos desde sociedade, Estado, idoso e família, cabendo ser incluídas nas discussões e ações de assistência social e na saúde. Porém, a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento da população idosa acarreta como consequência a distorção das responsabilidades sobre o idoso dependente, que acabam sendo assumidas por seus familiares como um problema individual ou familiar, devido à ausência, ou precariedade, do suporte do Estado.

Com a abordagem da família nesse quadro de atuação, atrela-se ao discurso político o ideal da humanização. De acordo com Faleiros (2015) as funções ideológicas apresentadas pelas políticas públicas camuflam a realidade; impõe-se um discurso humanizam-te para falar de realidade desumanizadora.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria nº 2.528/2006, tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016). Tendo como meta final proporcionar uma atenção à saúde adequada e digna para aos idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

O Sistema Único de Saúde Pública não está preparado para fornecer o suporte para a população idosa que adoece, nem à família que assume seus cuidados (CREUTZBERG; SANTOS, 2013), o que contraria o art. 196 da Constituição Federal Brasileira (1988, p. 69) que diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação”. Além disso, no Brasil, as estruturas de suporte social ainda se encontram frágeis e não constituem uma rede de apoio organizada (NARDI; OLIVEIRA, 2012).

Na verdade, o que se percebe é a omissão da sociedade de sua responsabilidade e compromisso social com a velhice. Segundo Santos (2012, p. 24) “a invisibilidade social de uma velhice com dependência é uma das formas que a sociedade encontrou para se eximir de suas responsabilidades e compromisso social”. Dessa forma, a família acaba por tomar para si as responsabilidades sobre o idoso. Assim, a velhice acaba sendo tratada como uma questão de responsabilidade individual ou familiar; restringida ao espaço privado do domicílio, deixando os idosos e seus familiares abandonados à própria sorte.

Portanto, o que se percebe é uma reprivatização do envelhecimento, no qual, observa-se a ineficiência das políticas públicas no tocante ao seu papel de proteção social, a privatização do cuidado pela família e a delegação da velhice como uma responsabilidade individual (SANTOS, 2012). Além disso, estaria o Estado se desonerando do compromisso de oferecer uma assistência pública de saúde qualificada e competente para atender às demandas desse segmento da população.

Tal situação reflete a incapacidade de um suporte compatível com as necessidades dos idosos e seus familiares, cabendo assim a esses últimos exercer a função de cuidadores nos domicílios. A Política Nacional do Idoso, descrita na Lei 8,842/94, é um importante documento e pioneiro na contemplação dos direitos dos idosos. Tendo como uma de suas diretrizes o atendimento aos idosos por intermédio de suas famílias, em detrimento ao atendimento asilar.

Significar dizer que a função de cuidar passa por uma repaginação no seu processo, a partir da qual a família assume esse papel cuidador (SANTOS, 2012). Portanto, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados com pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. As políticas públicas voltadas para o envelhecimento, principalmente com dependência, e ao cuidador familiar são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude.

3.2 REFLEXOS DA DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

A depressão é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, devido à sua alta morbidade e mortalidade. Conforme dados nacionais, a prevalência da depressão na população idosa chega a atingir parcelas entre 4,7% e 36,8% do total (MORAGAS, 2017).

As taxas de prevalência de depressão geriátrica diferem consideravelmente, dependendo da definição de depressão, do critério diagnóstico e da população de interesse, sendo mais altas onde comorbidades com doenças físicas são mais comuns. As estimativas de prevalência de todas as formas de depressão geriátrica são mais altas nos pacientes institucionalizados intactos cognitivamente (cerca de 60%), intermediárias nos pacientes com doenças crônicas hospitalizados ou em unidades de atenção primária (cerca de 25%) e mais baixas nos residentes na comunidade (cerca de 10%) (GUIMARÃES et al, 2016).

A depressão tem sido apontada como um problema de saúde pública que afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos tratados na atenção básica. As queixas de memória ruim são muito comuns em pessoas deprimidas. Entretanto, essa queixa de "memória ruim", denominada dismnésia, muitas vezes não é suficiente para o clínico suspeitar da depressão. Após os 60 anos, as dificuldades de memória e/ou cognitivas podem ser tão evidentes que chegam a levantar suspeita de um quadro demencial (MATTOS et al., 2013), quadro que passou a ser chamado por Kiloh, em 1961, de pseudodemência (APA, 2014). Não está errada a expressão pseudodemência depressiva na intenção de se enfatizar um tipo de comprometimento cognitivo associado à depressão.

Uma das questões fundamentais ao se avaliar um paciente deprimido e, simultaneamente, com queixas cognitivas importantes, é saber se a depressão interfere na cognição e em que grau isso ocorre. Esta questão pode ser respondida através do exame neuropsicológico e da anamnese. Embora o prejuízo de memória seja evidente na depressão, isso não é a única alteração cognitiva observada. Embora esse sintoma chame mais a atenção, nos idosos podem estar alteradas, a atenção, a velocidade de processamento de informações, a destreza e capacidade de formular hipóteses e modificá-las de acordo com ensaio-e-erro (ALMEIDA, 2014).

Diversos fatores contribuem para uma diminuição mais rápida da competência imunológica e a Depressão é um deles, por isso, é importante tentar evitá-la ou atenuá-la através de intervenções de natureza psicossocial. Considerado um peso social, o idoso frustra-se com a subtração de seu espaço existencial, anterior-mente vivido com plenitude e sucesso e, portanto, experimenta uma profunda reação de perda, tanto de pessoas queridas quanto de si próprio (PEREIRA et al., 2014).

Durante muito tempo, houve um entendimento errôneo, na qual evidenciava a velhice como uma etapa de decadência, tristeza e solidão, por isso acreditava-se que os idosos tinham maior tendência a sofrer de depressão do que as demais pessoas, mas qualquer ser humano pode experimentar sintomas de depressão em qualquer fase da vida. A partir da década de

cinquenta, as pesquisas sobre a depressão geriátrica foram ampliadas. Mas, até hoje, os estudos de prevalência de depressão na terceira idade em relação a outras faixas etárias são inconsistentes em seus resultados (SNOWDON, 2012).

Todo ser humano em qualquer fase de sua vida pode experimentar sintomas depressivos. Nos idosos a probabilidade de padecer desta doença é ainda maior, pois apresentam inúmeras limitações e perdas, tendo como conseqüências sentimentos de autodepreciação (ZIMERMAN, 2014).

Os fatores etiológicos da depressão no idoso podem ser divididos em biológicos e psicossociais. O primeiro refere-se à perda neuronal e diminuição de neurotransmissores; o genético; a doença física e as medicações. Já os fatores psicossociais caracterizam-se pela diminuição de renda, as modificações no papel social, o luto/perdas e a doença física incapacitante e ou/dolorosa. Frequentemente são atribuídos os acontecimentos estressantes e negativos, como por exemplo, a morte de uma pessoa querida ou doenças e efeitos colaterais de medicações, as principais causas da depressão na velhice. Doenças e efeitos colaterais também podem causar ou exacerbar a depressão (HAMILTON, 2012).

Um dos fatores para a incidência do aumento da depressão é verificável quanto há perda de um cônjuge, principalmente na terceira idade, mediante os longos anos de convivência. Essa perda contribui para o estado depressivo e se torna um grande desafio para as pessoas idosas.

Depressão geriátrica não é frequentemente diagnosticada e, mais importante, não é tratada. Os inúmeros problemas sociais e econômicos dos idosos, adicionados à progressiva debilidade física, levam muitos profissionais de saúde a concluir que depressão é uma conseqüência normal desses problemas – atitude muitas vezes compartilhada pelos próprios idosos que, em geral, raramente se queixam ou utilizam o termo depressão, mas apresentam queixas somáticas vagas e inespecíficas que podem estar mascarando um transtorno depressivo (BORGES; DALMOLIM, 2012).

Quando, ainda, a depressão é secundária a doenças físicas que apresentam mal-estar, apatia, fadiga, distúrbios de memória ou concentração como manifestações, seu diagnóstico é mais difícil. A influência do próprio processo de envelhecimento no surgimento, curso e desfecho das depressões ainda não está clara. Por outro lado, há certo consenso de que os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do indivíduo exercem papel importante no desencadeamento e manutenção dos quadros depressivos (PINHO et al., 2009).

A depressão tem conseqüências graves, incluindo sofrimento dos pacientes e cuidadores, piora da incapacidade associada à doença física e aos transtornos cognitivos,

aumento dos custos dos cuidados de saúde e mortalidade aumentada relacionada ao suicídio e à doença física (PINHO et al, 2009).

A acessibilidade, a diversificação das ações, a existência de profissionais qualificados para atender à demanda em saúde mental, e a responsabilidade com a desmistificação/desconstrução do imaginário social acerca do ser louco e da loucura e da depressão, são outras características de uma rede de atenção articulada. A articulação desses serviços, equipamentos, saberes e práticas, cada um desempenhando adequadamente sua função dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, contribui para o resgate pessoal e social do usuário na rede de atenção, conjuntamente com os profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

Depressão geriátrica está associada a inúmeros fatores de risco descritos tanto em estudos de corte transversal quanto em estudos prospectivos. Os fatores mais identificados são: sexo feminino, idade, viuvez, baixa escolaridade e renda, presença de eventos de vida estressores, baixo suporte social, características de personalidade, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, presença de déficits cognitivos, limitação funcional, histórico psiquiátrico e comorbidades psiquiátricas, uso e abuso de álcool, uso de fármacos (digoxina, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores do canal de cálcio, betabloqueadores), presença de doenças físicas agudas e crônicas, dor e comorbidades (PINHO et al, 2009)

As particularidades da depressão do idoso são queixas somáticas como, dores crônicas, distúrbios do sono e apetite. Dentre os sintomas psicológicos, o mais frequente é a anedonia, que é a perda da capacidade de sentir prazer e déficits cognitivos, particularmente de memória. A depressão em idosos é um importante fator para piora da qualidade de vida destes indivíduos, especialmente para os que permanecem não diagnosticados e sem tratamento (MICHELAN, 2012).

Embora as limitações causadas pela idade, as quais podem prejudicar a independência e autonomia do idoso para desenvolver determinadas atividades, é preciso estimular este idoso há organizar seu tempo fazendo projetos de vida com criatividade, energia e iniciativa, isto é, dando significados a vida para que não caia no vazio (PENNA; SANTO 2016, *apud* LIMA 2014).

A depressão nos idosos não difere, em essência, das depressões do adulto, mas apresenta nuances particulares que merecem atenção (CORRÊA, 2016). As desordens afetivas do idoso costumam ter uma heterogeneidade maior que nas pessoas jovens, tanto na sintomatologia quanto na etiologia (AGUIAR e DUNNINGHAM, 2014).

Os resultados negativos resultantes da depressão, no caso do suicídio, negligência com a saúde ou higiene e o estresse causado nas funções físicas, são fortes indicadores de que é preciso ter profundo conhecimento acerca do distúrbio e, a partir de então, adotar as medidas interventivas que se fazem jus ao caso, isto porque, no idoso, o transtorno da depressão, muitas das vezes, acaba se confundindo com um estado normal do processo evolutivo do envelhecimento. Porém, necessário se faz diferenciar tais processos, tendo em vista que, a depressão trata-se de patológico e precisa ser resolvido (BLAZER, 2015). Por isso é importante que profissionais da saúde estejam preparados para reconhecer o transtorno, intervir de forma apropriada e preveni-lo.

Em suma a sintomatologia da depressão é expressa por Santiago e Holanda (2016) como diminuição da capacidade de concentração, fadiga acentuada, insônia, falta de apetite, perda de interesse pelas coisas que antes eram prazerosas (anedonia), baixa autoestima, insegurança, isolamento social, humor depressivo, sentimento de culpa e tentativa de suicídio.

No idoso, essa síndrome é muito complexa, e os principais fatores relacionados à depressão estão associados à idade avançada, pessoas do sexo feminino, redução no estado funcional, doenças crônicas degenerativas, disfunção cognitiva, condições sociais precárias, isolamento social, perda de companheiro, luto, aposentadoria com redução de ganhos, abandono por parte dos familiares, institucionalização e alguns tipos de medicamentos (ARNT, 2012).

Por sua complexidade, a depressão em idosos é difícil de ser diagnosticado, o que tende a elevar o risco de morbidade e mortalidade nessa população. Para evitar sérias consequências é importante que a anamnese do paciente seja realizada de forma detalhada, contando com o apoio de membros da família ou cuidadores (CARVALHO; FERNANDES, 2016).

O isolamento social está entre um dos maiores causadores dos sintomas depressivos nas pessoas da terceira idade. Em virtude do envelhecimento, ocorre um declínio das funções em diversos órgãos do idoso, impossibilitando-o de participar de festas e encontros ou liturgias religiosas. O que antes lhe preenchia o tempo, torna-se um vazio. A maioria dos idosos se entristece quando se aposenta, pois, além das perdas sociais, há redução dos ganhos, fazendo-os enfrentar dificuldades financeiras, o que se converte em fator estressante. A depressão ocorre após alterações dos neurotransmissores e também, pode estar associada a algumas doenças (BLAZER, 2015).

Observa-se que a institucionalização do idoso, associada às condições corporais e emocionais do envelhecimento, pode lhe causar sintomas depressivos como a dor e a tristeza,

especialmente, com sua separação dos familiares. Entretanto, a institucionalização do idoso não interrompe os laços afetivos de seus familiares, mas lhe oferece uma rede de apoio, proteção e segurança, sendo uma forma de dividir as responsabilidades entre o Estado e o mercado privado (GREGORUTTI; ARAÚJO, 2015).

Algumas variáveis são descritas em menor proporção: o fator genético, por exemplo, com o envelhecimento tem seu número reduzido; já em relação ao sexo, ao longo dos anos, o índice continua aumentado para as mulheres, podendo estar associado à fase de menopausa e/ou com a expectativa de vida que predomina nesse sexo (ALMEIDA, 2014).

Ressalta-se que a depressão também pode ser causada pela preocupação excessiva com as doenças graves que se instalam no organismo do idoso, dentre outras o câncer, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Parkinson, distúrbios metabólicos e endócrinos, os quais, por sua vez, ocasionam prejuízos irreversíveis à vida do indivíduo. (No entanto, cabe ressaltar que a depressão, nesses casos, é uma consequência da doença clínica, mas também pode estar associada ao uso de medicamentos como, por exemplo, os antihipertensivos). Entre os idosos que possuem alguma doença grave há um índice elevado de suicídio, cerca de 17% dos atentados contra a própria vida são cometidos por pessoas da terceira idade, sendo a décima causa mais comum de morte entre os idosos (HORTA et al., 2015)

3. 3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ELO NO ACOMPANHAMENTO DO IDOSO QUE CONVIVE COM A DEPRESSÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é um dos principais programas do Governo Federal. Pois, através deste programa é possível ter uma atuação em medidas de promoção, bem como garantir aos sujeitos um atendimento mais humano e integral. Com isto faz com que o profissional torne-se mais próximo não só da pessoa atendida, mas de toda a família em suas complexidades, o que exige do profissional uma maior vigilância com sua própria saúde. O modo como esses profissionais lidam com as questões saúde/doença vai depender de vários fatores: sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto, sua visão de homem e da possibilidade de expressão da dor, e como o luto é vivenciado (BORGES, 2012).

Conforme Almeida et al. (2016), apenas, recentemente, começaram a se delinear no Brasil, políticas de saúde voltadas especificamente para a população idosa. As mudanças verificadas não ocorreram por acaso. Foram motivadas, de um lado, pelo visível crescimento

desse grupo etário e pela mudança do perfil de adoecimento e morte, chamada de “transição epidemiológica”.

Por outro lado, foram pautadas em avanços verificados no sistema de atenção – o Sistema Único de Saúde (SUS), como aqueles do Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde e com a lei 8.843 de janeiro de 1994 que dispõem sobre a política nacional dos idosos -. A partir dessa lei são estabelecidos os objetivos e as estratégias do Programa de Atenção Integral a Saúde do idoso (PAISI), que envolve um conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde ou manutenção, de uma qualidade de vida mais digna possível (FERREIRA et al., 2014).

O objetivo fundamental da PAISI é conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa, na comunidade, junto à família, com o maior grau de independência funcional e autonomia. A partir dele, algumas soluções vem sendo propostas. No âmbito da promoção à saúde, a ênfase leva na difusão de informações sobre os idosos para o próprio idoso, sua família, seus cuidadores e a sociedade em geral. (BRASIL, 2016).

De acordo com Ramos et al. (2016), a Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá garantir o acesso ao atendimento, aumentando a cobertura e diminuindo, assim, a demanda reprimida. A Europa pode dar-nos uma lição de que a chave da atenção adequada aos indivíduos anciãos está no desenvolvimento da atenção primária na comunidade, quase todos os problemas poderão ser resolvidos no nível de atenção primária à saúde.

O serviço de saúde deverá se organizar para, após efetivar um primeiro atendimento aos idosos, assumi-lo em todas as suas necessidades. A equipe de saúde de uma UBS deverá trabalhar dentro de um novo conceito de prática gerontológica, denominado atenção progressiva, que promove a união de serviços médicos e sociais, baseando-se numa avaliação multidimensional, destinada a determinar os vários graus de intervenção que necessitará cada paciente (SANTOS et al., 2013).

Tal atenção progressiva compreende uma avaliação clínica e social que se complementa com as atividades da vida diária, um diagnóstico familiar e do estado de saúde mental. Este estudo tem favorecido uma melhor integração dos serviços sociais e de saúde na atenção aos idosos em países como Cuba, Argentina, costa Rica e Peru, pois permite uma série de vantagens (RAMOS et al., 2016).

A UBS precisa contar com uma equipe multiprofissional capacitada, que seja capaz de realizar um diagnóstico integral que inclua avaliação psicossocial, médica e funcional.

Somente e esta prática de natureza integral permitirá oferecer a pessoa idosa o encaminhamento e a satisfação de suas necessidades de saúde. Portanto, diversos profissionais como médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador, terapeuta ocupacional, nutricionista e outros deverão fazer atendimentos individuais para avaliar cada caso, ou então, atuarem de maneira conjunta no atendimento grupal (VELLO et al., 2014).

Estes grupos serão organizados de acordo com a disponibilidade das equipes existentes e com bom senso e criatividade. São exemplos de grupos, os de educação e saúde, de discussão de doenças, de relaxamento, e até mesmo, grupos de lazer e convivência, o que para Brito (2017), as atividades grupais a serem desenvolvidas na UBS são de fundamental importância para se reverter a falta de perspectiva de vida que acompanha muitas pessoas de idade avançada. Há de se ressaltar que a UBS sirva de espaço para os idosos e outros usuários se reunirem nos grupos de lazer e convivência, caso não existam equipamentos públicos para tais fins, como os centros de convivência.

A atividade grupal, além de contribuir para a diminuição da demanda por consultas médicas é fator decisivo na adesão ao tratamento médico e com os demais profissionais. Observações realizadas na cidade de São Paulo, no Hospital do Servidor Público Municipal, mostraram que, após um ano, o absenteísmo aos retornos as consultas médicas era de 70% naquelas que não frequentavam os grupos, e de 30% naqueles que desenvolveram atividades grupais (BRITO, 2017).

A implantação de um Programa de Visita Domiciliar (PVD) para atender a clientela idosa aperfeiçoa a utilização de recursos de saúde de uma instituição. Essa modalidade de atendimento de enfermagem permite a concretização de propostas e modalidades de serviços realistas e de baixa complexidade tecnológica, porém de alta qualidade e complexidade de cuidados tão necessários às pessoas idosas e as suas famílias, independentemente de sua condição sócio-econômica (SILVA, 2016).

As experiências e a produção de dados coletados a atividades da vida diária a clientes idosos fornecem informações fundamentais ao levantamento de mais dados refinados o que melhora a prática de aVD's como: Programas e cuidados de enfermagem para a prevenção de doenças e a manutenção e promoção da saúde; Diagnóstico de enfermagem mais preciso e precoce; Programas e Planos compartilhados de educação para à saúde; Intervenção e tratamento mais realistas de problemas na saúde em todos os seus aspectos, social, psicológico e funcional; motivação da clientela para manutenção do autocuidado.

De acordo com Silva (2016), essa modalidade de atendimento proporciona experiências impares aos enfermeiros e aos clientes: troca, socialização e produção de

conhecimento e tecnologias em saúde com retorno mais rápido e eficaz para os idosos, que, ao usufruírem de seus direitos à saúde, também oferecem desafios aos profissionais e às instituições que os assistem.

O autor Supra citado, ainda ressalta que para os acadêmicos, representa uma oportunidade de (re) aprendizado (ensino e treinamento profissional em enfermagem gerontológica), campo de estágio e pesquisas, vindo também a preencher lacunas no conhecimento em enfermagem gerontológica – com destaque para o ensino do (auto) cuidado aos idosos, podendo avaliar a saúde do idoso de forma integral fazendo interconsulta e prestando assistência interdisciplinar sempre que possível.

3.4 A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ATUANTE NA ESF AO IDOSO ACOMETIDO POR DEPRESSÃO

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), espera-se que os profissionais de saúde devam estar voltados para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à unidade, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. O profissional deve estar atento às mudanças do perfil populacional de sua área de abrangência, com atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, com medidas de promoção, proteção, identificação precoce de seus agravos, intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar e social. Todos os profissionais devem oferecer ao idoso e sua família uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Considerar e defender como essencial a presença e participação do idoso na família e na sociedade é uma das missões daqueles que adotaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada.

Para a efetivação de uma assistência humanizada, os profissionais devem planejar e programar as ações, estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários. Acompanhar pessoas idosas frágeis, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade, oferecer atenção continuada às necessidades de saúde da pessoa idosa, desenvolver e realizar atividades de educação relativas à saúde da pessoa idosa.

A assistência de enfermagem, por sua vez, é uma ação prática, e de acordo com a demanda da clientela pode também ser reconhecida por uma dimensão não apenas biológica. Assim, a pessoa percebe suas necessidades demandando um tipo de ação de saúde que provoca satisfação em suas expectativas. Com este entendimento, os reflexos da assistência e

do cuidado de enfermagem podem ser analisados entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento às suas necessidades de saúde.

Nas equipes de Saúde da Família de caráter interdisciplinar e multiprofissional, destaca-se também o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ampliação da capacidade das UBS agirem na comunidade e domicílios, interagindo com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e desenvolvimento integral. São responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviço para as demandas e necessidades da comunidade e participando da construção das agendas das equipes (TREVISAN et al., 2016).

Os cuidados da equipe de saúde ao idoso devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos. São cuidados multidisciplinares e multidimensionais.

Para a equipe multiprofissional, o cuidado vai além do embasamento teórico, envolve o cuidar humanizado, considerando aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso. De modo geral, todos os profissionais de saúde, integrantes da UBS, contribuem para o desenvolvimento funcional, para a independência e a autonomia do idoso, orientam-no a respeito das doenças crônicas e de como agir em situações de urgência e emergência (SANTOS, SOUZA & LIMA 2013; SANTOS & CORTINA, 2011).

Além disso, faz-se necessário esclarecer-lhe sobre a necessidade da terapia medicamentosa, pois os psicoterápicos ajudam na reestruturação psicológica, elevam o grau de compreensão e auxiliam na resolução de problemas, além de restaurar o humor alterado pela depressão. Esses medicamentos não deixam o indivíduo eufórico e não o viciam, porém, não previnem novos episódios, nem curam a depressão (AGUIAR & SANTOS, 2014).

O papel da equipe de saúde ao acompanhar o idoso depressivo não se baseia apenas em esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, mas em ouvi-lo, compreendê-lo e realizar orientações de maneira simples e sem rodeio de modo a facilitar sua compreensão. As equipes multiprofissionais são fundamentais para o funcionamento dos serviços descritos. Os profissionais devem estar capacitados para ofertar cuidados de acordo com a demanda dos idosos e com o tipo de serviço proposto, principalmente para a população longeva e frágil, usuária dos serviços revisados.

Os familiares e cuidadores também devem ser orientados acerca dos cuidados direcionados ao idoso. Geralmente, é comum que a equipe da UBS encontrem dificuldades em diferenciar os sintomas depressivos, devido às modificações que o envelhecimento traz consigo e à complexidade da depressão. Por essa razão, é fundamental que os profissionais possuam conhecimento dos processos de senescência e senilidade e, ao mesmo tempo, incentive o idoso a adotar o autocuidado (HORTA, FERREIRA & ZHAO, 2010).

Todos os profissionais de saúde que fazem parte das UBS devem estar capacitado para atender os idosos com mais amor e carinho, estimulando-os ao crescimento pessoal e ao desempenho de novos papéis na sociedade, para resgate de sua cidadania e autovalorização (GUIMARÃES, 2012). A atividade física leve e moderada auxilia no tratamento e recuperação da depressão no idoso.

Além de manter e prolongar sua capacidade funcional, os exercícios atuam como prevenção para a maioria das doenças, como hipertensão arterial, diabetes e obesidade. Assim, ao participar de atividades físicas, automaticamente, o idoso eleva sua autoestima, aumenta o número de amigos e muitas oportunidades surgem, como, por exemplo, fazer parte de um grupo de dança e viajar.

Portanto, é fundamental que a equipe de saúde incentive os idosos a realizarem alguma atividade física regularmente e a participarem de grupos da terceira idade, assim como, dispor de auxílio na tomada de decisões (SANTOS, SOUZA & LIMA 2013).

A qualidade de vida é um fator essencial para aderir a um envelhecimento saudável, sendo esse um elemento indispensável à manutenção da saúde física e mental do idoso. Sendo assim, no relacionamento da equipe de saúde para com a pessoa deprimida, bem como os seus familiares, a abordagem deve ser tranquila, sem críticas, de forma amigável, gentil, compreensiva e séria.

A paciência é um elemento importante no cuidado a essas pessoas, pois apresentam várias funções prejudicadas (pensamento, sentimentos e ações) e cada movimento ou palavra exige esforço e tempo excessivos. Deve-se demonstrar honestidade, empatia e compaixão (TAYLOR, 2012).

Os clientes deprimidos tendem a permanecer isolados, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência, resistem ao envolvimento, retraindo-se ou deixando de responder às pessoas, em virtude de suas visões negativas. Nem sempre é fácil dar atenção e cuidados a uma pessoa que não responde e se isola. O profissional pode sentir-se irritado, magoar-se com o cliente ou temer a rejeição. Paciência e

crença no potencial de cada pessoa para crescer e mudar são sempre necessárias. A comunicação feita calmamente, ainda que leve algum tempo, estimula o cliente a responder.

A melhor forma de estabelecer vínculo com o deprimido é a presença frequente e interessada, sempre demonstrando apoio e compreensão mesmo que ele fale pouco. A simples presença do profissional indica que ela é vista como uma pessoa de valor. É preciso ajustar-se ao ritmo da pessoa deprimida, falando mais devagar e dando mais tempo para que ela responda. Deve-se chamá-la pelo nome e escutá-la. Estudando os relatos sobre a vida e os interesses dessa pessoa é possível selecionar tópicos que permitam a criação de comunicações que despertem seu interesse.

Em razão da falta de energia, os portadores de depressão sempre precisam da assistência em todos os aspectos da vida diária. É necessário o acompanhamento de toda equipe de saúde ou de familiares no seu domicílio, encorajando, estimulando e apoiando. Desse modo, deve-se observar: as respostas fisiológicas (alterações do sono, constipação, fadiga); as respostas cognitivas (queixas somáticas, atividade inquieta e sem direção, indecisão, diminuição da concentração e do limite de atenção); as respostas emocionais – ruminação (preocupações constante com os mesmos pensamentos), delírios somáticos, pensamento empobrecido, tristeza, desânimo, raiva, agitação, ressentimento, culpa e menos valia, desespero e impotência; as respostas comportamentais – apatia, higiene pessoal deficiente, retardo psicomotor, baixa motivação, anedonia, queixas e exigências frequentes; falta de espontaneidade (LAFER *et al.*, 2014).

No que se refere aos cuidados físicos, o modo mais efetivo de cuidar de uma pessoa deprimida é estabelecer um plano de atividades com horários que inclua banho, penteado, alimentação e atividade física. Quanto mais agudo o quadro de depressão, mais necessários são os cuidados físicos (FUREGATO, 2015).

O papel da ESF, com ênfase na atenção ao idoso, se destaca pela identificação dos agravos mais frequentes e sua intervenção. No entanto, as ações de promoção e prevenção em saúde precisam ser intensificadas para cumprir o princípio da integralidade, um dos pilares do SUS. Em estudo de revisão integrativa, Carvalho, Assunção & Bocchi (2010) citado por Ferreira; Bansi e Paschoal (2014) avaliaram a percepção dos profissionais quanto ao atendimento da ESF ao idoso. Os autores observaram que alguns fatores dificultam a relação da ESF com idosos, incluindo o ineficaz planejamento do serviço, irregularidade de assistência das equipes e reduzida capacitação profissional.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Para Vergara (2013, p. 43), “pesquisa bibliográfica é o estudo sistemático desenvolvido com base em material publicado, isto é, material acessível ao público em geral”.

Segundo Gil (2011, p. 50.), a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos”. Para tanto, nesta pesquisa foi utilizado apenas referências de livros.

Trata-se, também, de revisão narrativa de literatura. Para Bernardo; Nobre e Jante (2014, p. 81)

Revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos.

Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

4.2 COLETA E AMOSTRA DOS DADOS

Ocorreu um levantamento bibliográfico nos meses de outubro de 2017 a março de 2018, junto às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, como Medline, LILACS; bem como no Scielo,. Utilizaram-se, para a busca, os seguintes descritores: Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Idoso. Desta busca, cerca de 60 estudos publicados foram identificados nos últimos dez anos (2007-2017). Nesta fase, foi realizada leitura exploratória, com o reconhecimento do material que atenderia aos critérios de inclusão do estudo.

4.3 TRATAMENTO DOS DADOS

Para a construção do presente trabalho, foram seguidos alguns passos fundamentais, quais sejam: o primeiro passo foi à delimitação do tema e da problemática levantada. Este momento é imprescindível, pois a partir do mesmo se estabelece as questões norteadoras do estudo e os seus objetivos a serem alcançados. Em seguida, o segundo passo compreende o levantamento bibliográfico, isto é, a pesquisa bibliográfica por meio da leitura e fichamento do material selecionado, levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão apresentados adiante. O terceiro passo compreende a seleção das informações mais imprescindíveis. Depois deste passo, o outro momento consiste na leitura e análise crítica do estudo e sua sistematização. Nos passos finais, deu-se a interpretação e discussão dos resultados para em seguida, apresentar a síntese do conhecimento adquirido ao longo da construção do trabalho em epígrafe.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão e exclusão adotou-se alguns aspectos, tais como: os artigos terem no mínimo 10 anos, fazerem parte do banco de dados de sites de saúde confiáveis, como Lilacs, Bireme e Scielo e estarem em língua portuguesa. Assim sendo, foram encontrados um total de 60 artigos nas bases de dados pesquisadas, sendo que, 15 estavam escrito em inglês, 45 em língua portuguesa e 03 em espanhol. Foram incluídos coortes, utilizando critérios válidos e confiáveis para a análise da assistência prestada aos idosos acometidos por depressão. Os trabalhos que apresentavam outros transtornos psiquiátricos sobrepostos (ansiedade, transtorno bipolar, psicose, etc.) foram excluídos.

Nesta fase, realizou-se leitura seletiva para a escolha do material, que serviria aos propósitos do estudo; observaram-se o tipo de estudo, o método de seleção da amostra, tamanho da amostra e os instrumentos utilizados. Após a leitura dos 60 estudos, restaram apenas 15 em língua portuguesa. A partir dos 15 estudos, foram feitas as leituras analíticas e interpretativas finais para a avaliação reflexiva acerca da temática.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento do estudo, estão dispostos os resultados a partir da análise realizada sobre os artigos científicos classificados, os quais foram sistematizados por meio de tabelas para melhor entendimento e compreensão da discussão. Busca-se, portanto, aportar as discussões em torno das políticas públicas de saúde voltadas ao idoso, com ênfase para a assistência a população idosa que convive com o estado depressivo.

Todos os estudos encontrados voltam-se para a reflexão e a compreensão da assistência à saúde prestado ao idoso nas unidades de saúde por parte da equipe multiprofissional, de modo a trazer a estratégias e ações que são promovidas nestas unidades básicas e suas contribuições para a qualidade de vida do idoso e familiares, uma vez que, espera-se que a ESF realize um trabalho dinâmico, comprometido com o estado saúde-doença da população, bem como garanta uma assistência efetiva sobre os aspectos sociais, visto que a depressão tem sido um problema de saúde recorrente neste século e que tem acometido inúmeras pessoas, independente de quaisquer fatores e idade.

Na tabela 1, dispõe sob as bases de dados em conformidade com os artigos pesquisados, descrevendo sistematicamente sua apresentação quanto aos seguintes pontos: título, periódico, autor, ano e resultado das pesquisas.

TABELA 1. Organização dos trabalhos selecionados para a revisão.

TÍTULO	PERIÓDICO	AUTORES	ANO	RESULTADO
As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice	Revista FSA	SANTOS, N. F. dos; SILVA, M. do R. de F. e	2013	As políticas públicas voltadas para o idoso traz consigo a ideia de compartilhamento de responsabilidades com o envolvimento da família, da sociedade, da comunidade e do Estado. O Estado por sua vez, promove as ações em todos os aspectos sociais, especialmente, no que diz respeito a qualidade de vida, isto é, o bem-estar da população, promovendo um sistema de saúde que seja eficiente – ainda que não o seja, mas que traga mecanismos para a assistência à saúde dos idosos e da população de um modo em geral, como é o caso da ESF.

Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS	Rev bras med fam comunidade	BORGES, D. T.; DALMOLIM, B. M	2012	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.
Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento.	Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem	VELLO, L. S.; POPIM, R. C.; CARAZZAI, E. M.; PEREIRA, M. A. O.	2014	Os profissionais que atuam na atenção básica necessitam ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.
Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e Institucionais	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P.	2014	A equipe multiprofissional permite o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo maior autonomia e independência do paciente.
Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde.	Rev. APS	MADEIRA, T. C. S.; AGUIAR, M. I. F. de.; BERNANDES, A. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; SILVA, R. P.; BRAGA, V. A. B.	2013	A depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade. Entre os idosos, a depressão constitui um dos transtornos mentais mais frequentes, com uma significativa prevalência
Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M.	2009	Depressão ocorre com frequência na população idosa e constitui problema grave. A identificação dos fatores de risco associados com sua incidência pode ajudar os profissionais que atuam na área a diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas.

A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos.	Revista APS	GARCIA, M. A. A.; MIYAMOTO, D. A.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S.	2010	A estratégia de Saúde da Família pode fazer face a esses desafios, desde que se incorpore o cuidado domiciliar aos dependentes e se incluam o planejamento e financiamento multisetorial de ações, por parte de uma rede de suporte à família-cuidadora. A equipe de saúde deve estar atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social.
Avaliação da independência de idosos atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família	Cogitare Enferm	GARBACCIO, J. L.; GARCIA, T. de F.; CÂNDIDA, D. A.	2013	O levantamento de informações sobre o perfil epidemiológico dos idosos atendidos pela ESF, e a avaliação sistemática de sua funcionalidade, possibilitam o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde, o que reflete na elaboração de estratégias de assistência adequadas às dificuldades e limitações de cada indivíduo, respeitando sua cultura, estilo de vida e condições econômicas.
O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos	Revista Eletrônica Gestão & Saúde	TREVISAN, M.; GUIMARÃES, A. P. R.; CUSTÓDIO, S. H.	2016	As contribuições do enfermeiro são valiosas à recuperação de idosos depressivos, mas a prevenção da depressão deve envolver também os familiares do doente, especialmente, quanto à atenção aos aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso. É preciso que o enfermeiro realize a anamnese do paciente, junto com a família, para que sérias consequências sejam evitadas.
Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição Para a atenção primária	Rev Min Enferm	MAGALHÃES, J. M.; CARVALHO, A. B. M. B.; CARVALHO, S. M.; ALENCAR, D. C.; MOREIRA, W. C.; PARENTE, A. C. M.	2016	Entre os profissionais de saúde que lidam com os idosos depressivos muitas das vezes consideram suas manifestações como decorrência natural do envelhecimento ou não possuem conhecimento da magnitude dessa doença bem como os graus de incapacidade e custos que essa morbidade causa para os idosos

Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.	ONOFRI JÚNIOR, V. A.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. S.	2016	<p>À atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se patente importante lacuna quanto à incapacidade das equipes em atender adequadamente às necessidades de saúde mental da população de seus territórios.</p> <p>Atribui-se a isso, o grau de complexidade dessa atenção, o que se soma à incipiência das políticas públicas para a área, ocasionado uma grande distância entre as propostas e a realidade dos serviços.</p>
Equipe de saúde e o cuidado da saúde mental do idoso	REVISTA PORTAL de Divulgação	SOUZA, L. C. A.	2015	<p>O trabalho com os idosos em uma UBS envolve expressões autênticas de experiências emocionais, marcadas por intenso desgaste, momentos de profunda solidão, insatisfação e impotência, mas que se apresenta, paradoxalmente, pródigo em possibilidades de crescimento profissional e amadurecimento enquanto seres humanos.</p>
Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família	Rev Saúde Pública	NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBBO, S. de S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A.	2014	<p>A prevalência de depressão na população em geral varia de 3,0% a 11,0%, duas vezes maior em mulheres do que em homens. Do ponto de vista estratégico no âmbito da atenção básica, os achados são ainda mais relevantes, pois apontam que agentes comunitários de saúde podem ter papel importante na detecção da depressão em idosos.</p>
Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica	Acta Paul Enferm	ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.	2012	<p>Em idosos, a depressão, frequentemente, é subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento.</p>

Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da Família no município de Limoeiro-PE	Rev Min Enferm.	SILVA, G. E. M. da; PEREIRA, S. M.; GUIMARÃES, F. J.; PERRELLI, J. G. A.; SANTOS, Z. C. dos.	2014	A enfermagem, dentro da equipe multidisciplinar de saúde, deve estar apta a desenvolver ações efetivas em relação à saúde do idoso, para solucionar, amenizar ou retardar os problemas, como depressão apresentados nessa faixa etária. Evidencia-se a necessidade da implantação ou efetiva implementação das práticas de saúde mental na rede de cuidados primários à saúde, como uma assistência
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Trata-se de um processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da longevidade da população. Em relação a esse processo pode-se ressaltar importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, esse envelhecimento populacional ocorreu associado às melhorias da qualidade de vida, no segundo, esse crescimento ocorreu de forma rápida, carente de uma organização social e de saúde adequadas, suficientes para atender às novas demandas emergentes (SANTOS; SILVA, 2013).

Como discorre Madeira et al., (2014) esse aumento da população idosa, mundialmente, traz consigo a necessidade de uma atenção cada vez mais especial por parte do sistemas de saúde. Vários são os problemas de saúde decorrentes do envelhecimento, dentre os quais a depressão tem assumido um lugar de grandes preocupações, uma vez que, quando não tratada aumenta ainda mais a incapacidade física, a morbidade e o consumo de recursos médicos, fatores estes que, segundo Pinho et al. (2009) fomenta maiores investimentos na área de políticas públicas de saúde e pesquisas, além de gerar demanda crescente por capacitação especializada por parte dos profissionais interessados em atuar ou que já atuam junto a essa população.

Pelo que expõe os autores é possível perceber que os serviços de saúde exigem maiores demandas de políticas públicas de saúde, principalmente voltados a pessoa idosa, tendo em vista que, seu crescimento é inevitável, é real. Lidar com as adversidades e as limitações advindas com o envelhecimento é um tanto complexo para o idoso e, essa situação torna-se mais extrema, quando problemas de saúde, como é o caso da depressão acaba acometendo-o.

Estudo recente demonstrou que síndromes depressivas são significativamente mais frequentes em idosos com multimorbidades, além de que esses pacientes apresentarem maiores níveis de gravidade da depressão, em comparação com pessoas sem multimorbidades (MADEIRA et al., 2014).

Borges e Dalmolim (2012) corroboram com Madeira et al. (2014) ao enfatizarem que 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. As causas de depressão podem variar desde fatores psicossociais, como condições adversas que podem influenciar o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos, sendo frequentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos (BORGES; DALMOLIM, 2012).

O indivíduo idoso é diagnosticado com depressão quando estão presentes os sintomas desse transtorno por no mínimo duas semanas e causam prejuízo significativo na vida social e/ ou ocupacional do mesmo (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012). Nesse contexto, a depressão torna-se comum no processo de envelhecimento e apresenta forte impacto entre os idosos e seus cuidadores. Por sua vez, as unidades de saúde da família (USF) oferecem assistência e suporte básico, em que os profissionais envolvidos necessitam estar capacitados para exercer atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde a todas as pessoas da comunidade, inclusive aos idosos, que por sua condição merecem mais atenção em todos os seus aspectos psicofisiológicos (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

A falta de preocupação com a depressão entre os profissionais de saúde que lidam com os idosos ocorre por considerarem as manifestações depressivas como decorrência natural do envelhecimento ou não terem conhecimento da magnitude dessa doença bem como os graus de incapacidade e custos que essa morbidade causa para os idosos, suas famílias, sociedade e sistema de saúde (MAGALHÃES et al., 2016; MARTIN; MARIN, 2016).

O diagnóstico de depressão em idosos pode ser desafiador por sua fenomenologia variada ou atípica divergente de formas clássicas que combinam humor deprimido ou tristeza persistente com anedonia. A perda do prazer pode ser proeminente na depressão maior e a tristeza não ser percebida ou ser negada. A depressão é a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio. Idosos com transtornos de humor da atenção básica (AB) podem apresentar elevado risco de suicídio (GRINBERG, 2006 apud NOGUEIRA et al., 2014).

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, levando a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor aderência às orientações terapêuticas, além de maior morbidade e mortalidade (MADEIRA et al., 2014).

Neste sentido, tem-se buscado identificar as condições que estariam associadas à depressão, não só as causas, mas também os fatores de proteção (ROSA, 2017 apud BORGES; DALMOLIM, 2012).

Os principais transtornos mentais presentes na população idosa são os demenciais e os depressivos (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). A depressão ocupa o quinto lugar como o problema de saúde mais prevalente no mundo, afetando 120 milhões de pessoas, segundo a OMS. De acordo com as projeções, estima-se que, em 20 anos, a depressão ocupará o 2º lugar, perdendo apenas para as doenças cardíacas (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

A literatura corrente tem demonstrado que alguns fatores podem predispor à depressão no envelhecimento. Entre eles, além da prevalência maior no sexo feminino, o avançar da idade, o fato de viver sozinho, estar divorciado, ter baixo nível de instrução, ter comorbidades, ser tabagista e/ou alcoolista são alguns fatores que podem, no velho, contribuir para o aumento da prevalência da depressão (PARADELA et al., 2006 apud BORGES; DALMOLIM, 2012).

Portanto, verifica-se a necessidade da recuperação, na prática, das funções e atribuições do Estado, da sociedade, da comunidade e inclusive da própria família; ações que aperfeiçoem o apoio necessário ao desenvolvimento de políticas de proteção e assistência voltadas à população idosa, dada a sua maior vulnerabilidade a fatores associados à alta prevalência de doenças, dentre as quais a depressão, exigindo-se, para tanto, que políticas públicas de saúde sejam implementadas com maior veemência e maior efetividade.

A respeito das políticas públicas, Santos e Silva (2013) apontam que estas políticas trazem a descentralização das responsabilidades e a participação social no enfrentamento das necessidades geradas pelo envelhecimento, havendo, assim, uma redistribuição de papéis, tornando a família, a sociedade, a comunidade e o Estado responsáveis pela assistência à pessoa idosa, inclusive nas situações de dependência. No entanto, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados à pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. As políticas públicas voltadas para o envelhecimento com dependência e ao cuidador familiar são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude. Essa situação contribui para a transferência do papel da seguridade social para as famílias, o que contribui para a tendência da privatização da velhice (SANTOS; SILVA, 2013).

Nestes aspectos, a atenção à saúde do idoso que convive com a depressão deve ser alvo de maiores cuidados por parte das políticas de saúde, como é o caso da ESF, por ser o espaço ao a população tem buscado amparo.

A ESF configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuar no território focado no diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais; e ser espaço de construção da cidadania (VELLO; POPIM; CARAZZAI; PEREIRA, 2014).

A proposta da ESF é promover a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e a população. Desse modo, as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ESF necessitam superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Isso requer que os profissionais de saúde da família estejam preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria (MATTIONI et al., 2011 apud VELLO; POPIM; CARAZZAI; PEREIRA, 2014).

Para Carreira e Rodrigues (2010 apud Vello et al., 2014) os serviços de assistência à saúde estão presentes no cotidiano das famílias que vivenciam o cuidado ao idoso com doença crônica de várias maneiras, como, por exemplo, por meio do fornecimento de medicamentos de uso contínuo no tratamento da doença e também pelo trabalho da Equipe Saúde da Família, a qual realiza consultas domiciliares, organiza reuniões com a população, faz orientações coletivas e individuais, entre outras ações.

A satisfação dos usuários deve proporcionar a minimização da desigualdade financeira no acesso aos serviços de saúde. Desta feita, os profissionais que atuam nas unidades de saúde da família devem estar preparados para a nova realidade demográfica epidemiológica, incluindo o domicílio como ambiente terapêutico. O atendimento interdisciplinar alivia a demanda de idosos que necessitam de assistência domiciliar, proporcionando melhor qualidade de vida (FERREIRA; BANSI; PASCHOEL, 2014).

A expectativa é de que os cuidados em saúde geriátrica e gerontológica estejam entrando em uma nova era de crescimento e desenvolvimento, apesar de inúmeros problemas de infraestrutura em diversos setores ainda existentes em nosso país. Permanecem, portanto, os desafios. A população idosa apresenta maior vulnerabilidade para problemas de saúde que a população geral, e utilizam com maior frequência os serviços de saúde. A presença de transtornos mentais nessa faixa etária também é alta; em um estudo, a internação psiquiátrica

aparecia entre as dez principais causas de internação entre idosos do sexo masculino (NUNES, 1999; GARRIDO; MENEZES, 2002 apud PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Neste contexto, o Programa de Saúde da Família, a Política Nacional do Idoso e, posteriormente, do Estatuto do Idoso traduzem de forma clara a importância de se investir na qualidade de vida dos idosos e o cuidar da sua saúde. Estes representam o reconhecimento do Estado diante das necessidades expressas pela sociedade. Apesar do descompasso e falta de diálogo entre essas políticas, a ESF inserida na Atenção Básica, num sistema de saúde competente, pode responder às necessidades de atenção aos idosos. A rede básica não se limita ao idoso e não se restringe à ação médica e tem incorporado as famílias e os cuidadores, oferecendo atenção multiprofissional e a articulação de uma rede de suporte governamental e social (GARCIA; MIYAMOTO; FRIGÉRIO, 2010).

O estudo revela a importância da avaliação da saúde do idoso atendido pela rede básica, e da identificação dos fatores de risco que os predisõem a condições de incapacidade funcional ou que afetem o seu bem-estar. Portanto, a equipe de saúde deve estar atenta às necessidades psicobiológicas, condições de vida e de saúde do idoso a fim de promover o cuidado, e garantir suporte necessário para o estímulo da capacidade funcional para que possam desfrutar de um envelhecimento mais saudável (GARBACCIO; GARCIA; CÂNDIDA, 2013).

A prevalência da depressão vem causando preocupação entre os enfermeiros por se tratar de uma patologia que impede idosos de terem uma vida satisfatória, e pelos riscos aos quais estão expostos. Por isso, a contribuição do enfermeiro nesse contexto, é de extrema importância à recuperação do paciente depressivo, uma vez que, a prevenção deve abranger o envolvimento tanto de profissionais da saúde quanto da família do doente, incluindo aspectos biopsicossociais e espirituais (TREVISAN; GUIMARÃES; CUSTÓDIO et al., 2013)

Para enfermagem, o cuidado vai além do embasamento teórico, envolve o cuidar humanizado, considerando aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso. De modo geral, os profissionais da enfermagem contribuem para o desenvolvimento funcional, para a independência e a autonomia do idoso, orientam-no a respeito das doenças crônicas e de como agir em situações de urgência e emergência (TREVISAN; GUIMARÃES; CUSTÓDIO et al., 2013).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem ser capacitados a reconhecer os sintomas mais comuns da depressão em idosos, dando mais subsídios às investigações clínicas rotineiras e permitindo intervenções precoces e eficazes (MAGALHÃES; CARVALHO; CARVALHO; ALENCAR; MOREIRA; PARENTE, 2016).

Ao se resgatar o papel da atenção primária como porta de entrada ao sistema de saúde, pautando-se pelo vínculo e pela longitudinalidade, pode se depreender que ainda é preciso avançar frente ao cuidado à saúde do idoso, uma vez que, devido à cronicidade dos problemas, eles necessitam de acompanhamento sistemático (SOUZA, 2015).

Em geral, a organização da atenção primária tem se caracterizado como pouco propícia ao acolhimento do idoso e, principalmente, quando relacionado a falta efetiva de relações entre médico/paciente, o que se deve à alta rotatividade dos médicos e à inadequação da estrutura física, bem como à demora em agendar as consultas (SOUZA, 2015). Associa-se ainda a estes fatores à indicação da falta de um atendimento sistemático aos idosos na atenção primária, o fato de poucas consultas médicas serem caracterizadas como de rotina, denotando uma lógica de atenção voltada para a demanda, com pouca ênfase ao acompanhamento das condições crônicas frequentes entre os idosos e que demandam controle e apoio, visando principalmente à prevenção de complicações e melhoria na funcionalidade e qualidade de vida (SOUZA, 2015).

Os problemas de ordem mental também seriam facilmente detectados e controlados em uma lógica de atenção à saúde diferenciada. Podendo-se inferir que o depreendido cuidado à saúde mental do idoso é realizado essencialmente na Estratégia Saúde da Família, visto que são poucos os indicativos de que esses usuários perpassem por outros níveis de atenção (SOUZA, 2015). A preocupação com esse fato parte da compreensão de que esses problemas não são detectados e, quando o são, nem sempre seguem medidas terapêuticas à luz das melhores evidências científicas.

Assim, reafirma-se que à atenção primária cabe maior investimento nos fluxos de atendimento e na definição de critérios de atendimento a essa parcela da população, visando acesso igualitário, além de capacitação profissional, considerando ser a modalidade de cuidado que define e direciona o percurso dessas pessoas em todos os níveis de atendimento à saúde (SOUZA, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF pode contribuir na mudança do modelo assistencial como alternativa de assistência à população com dificuldade de deslocamento aos serviços de saúde. O Estado deve direcionar ações de saúde e priorizar atendimento digno aos idosos para prevenção de doenças, executando ações que venham resgatar o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.

As políticas destinadas à saúde da pessoa idosa precisam oferecer alternativas para evitar a institucionalização através dos espaços de promoção de saúde, mantendo a autonomia e qualidade de vida do idoso. As estratégias devem ser estabelecidas por equipes multiprofissionais capacitadas que possam associar a participação familiar em suas ações. Existem a necessidade e importância de traçar dispositivos para a criação de espaços terapêuticos que possam gerar novos modos de sociabilidade. Para que isto ocorra é necessário que os profissionais coloquem em prática os seus conhecimentos existentes na especificidade da assistência à pessoa idosa depressiva ou não, para melhorar no seu desempenho profissional e conscientizar-se que a ampliação é necessária para esse tipo de cuidado.

Visando minimizar a alta prevalência de depressão nos idosos atendidos na atenção primária, necessário se faz promover iniciativas para o adequado diagnóstico e tratamento dessa população para que possa haver uma melhoria da expectativa e qualidade de vida dos mesmos, pois o reconhecimento e tratamento de transtornos depressivos na população idosa permanecem um desafio.

Contudo, é de suma importância que toda equipe, multi e interdisciplinar, que está mais próxima do indivíduo, desenvolva uma visão sistêmica e integral do idoso, família e comunidade a fim de assumir na prática a inclusão de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, contribuindo para um real avanço na reconstrução e reorientação do processo de trabalho na atenção básica.

Este estudo nos possibilita compreender que o trabalho com os idosos em uma Unidade Básica de Saúde envolve expressões autênticas de experiências emocionais, marcadas por intenso desgaste, momentos de profunda solidão, insatisfação e impotência, mas que se apresenta, paradoxalmente, pródigo em possibilidades de crescimento profissional e amadurecimento enquanto seres humanos.

A Equipe de Saúde da Família deve atingir uma atitude contínua de trabalho, envolvimento e preocupação, adquirindo competências específicas e interativas, com ética no atendimento à saúde desse paciente. Portanto, o mecanismo de cuidar da saúde do idoso depressivo, resultará numa relação discutível, interativa e contínua entre paciente,

família/cuidador e profissionais, porque o cuidado com esse paciente se situa em vários níveis em grande complexidade.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paul Enferm.** 25(4):497-

503, 2012. Disponível em: < <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n4/v25n4a3.pdf>> Acesso em 10 jan. 2018.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras.** 50(1):1-9, 2014

BORGES, D. T.; DALMOLIM, B. M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis. 7(23): 75-82, abr.-jun, 2012. Disponível em: < <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/viewFile/381/490>> Acesso em: 24 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CANINEU, P. R. Depressão no idoso. In: Papaléo Netto M. **Tratado de gerontologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 293-300. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_pdf/a02v11n1.pdf> Acesso em: 10 out. 2017.

CARREIRA, L; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev. bras. enferm.** 63(6):939-9. nov/dez, 2010.

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e Institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** 17(4):911-926. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00911.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2017.

GARBACCIO, J. L.; GARCIA, T. de F.; CÂNDIDA, D. A. Avaliação da independência de idosos atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** 18(4):637-46, out/dez; 2013. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34914>> Acesso em 16 dez. 2017.

GARCIA, M. A. A.; MIYAMOTO, D. A.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Revista APS,** v.9, n.1, p. 4-14, jan./jun. 2010. Disponível em: < <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n5/AO3-Entre-a-gestao--cuidado-saude-do-idoso.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2017.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24 (supl 1): 3-6. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2018.

GRINBERG, L. P. Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. **RBM Rev Bras Med.** 2006;63(7):317-30. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=435362&indexSearch=ID>> Acesso em: 03 dez. 2017.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.

MADEIRA, T. C. S.; AGUIAR, M. I. F. de.; BERNANDES, A. C. F.; ROLIM, I. L. T. P.; SILVA, R. P.; BRAGA, V. A. B. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária em saúde. **Rev. APS**. 16(4): 393-398, out/dez., 2013. Disponível em: < file:///C:/Documents%20and%20Settings/Richard/Meus%20documentos/Downloads/1895-12455-1-PB.pdf> Acesso em 26 jan. 2018.

MAGALHÃES, J. M.; CARVALHO, A. B. 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. *Rev Min Enferm*. 2016. Disponível em: < http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1080> Acesso em 14 jan. 2018.

MATTIONI, F. C.; BUDÓ, M. L. D.; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas. **Texto & contexto enferm**. 20(2):263-71, abr./jun., 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a07v20n2> Acesso em 14 dez. 2017.

NOGUEIRA, E. L.; RUBIN, L. L.; GIACOBBO, S. de S.; GOMES, I.; CATALDO NETO, A. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev Saúde Pública**, 48(3):368-377, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0368.pdf> Acesso em 09 nov. 2017.

NUNES, A. **Aspectos sobre a morbidade dos idosos no Brasil. Como vai?** População brasileira 1999; 4(2): 20-32. Disponível em: < http://www.pucsp.br/desenvolvimento_humano/Downloads/JorgeFelix.pdf> Acesso em 07 fev. 2018.

ONOFRI JÚNIOR, V. A.; MARTINS, V. S.; MARIN, M. J. S. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 19(1):21-33, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00021.pdf> Acesso em 10 jan. 2018.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO , M. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento, uma visão globalizada**. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2016.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev Saúde Pública**. 39(6): 918-23, PMid:16341401, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf> Acesso em 15 fev. 2018.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 12(1):123-140, 2009. Disponível em: < http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=514976&indexSearch=ID> Acesso em 06 out. 2017.

ROSA, P. V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS.** [Tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: < <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3694/1/000398250-Texto%2BCompleto-0.pdf>> Acesso em 28 jan. 2018.

SANTOS, N. F. dos; SILVA, M. do R. de F. e. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, pp. 358-371, Abr./Jun. 2013. Disponível em: < <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Richard/Meus%20documentos/Downloads/130-459-2-PB.pdf>> Acesso em: 28 jan. 2018.

SILVA, G. E. M. da; PEREIRA, S. M.; GUIMARÃES, F. J.; PERRELLI, J. G. A.; SANTOS, Z. C. dos. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da Família no município de Limoeiro-PE. **Rev Min Enferm.** 18(1): 82-87, jan/mar, 2014. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=716881&indexSearch=ID>> Acesso em 19 dez. 2017.

SOUZA, L. C. A. Equipe de saúde e o cuidado da saúde mental do idoso. **Revista Portal de Divulgação**, n.45, Ano V. Jun/Jul/Ago. 2015, ISSN 2178-3454. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova> Acesso em 14 jan. 2018.

TREVISAN, M.; GUIMARÃES, A. P. R.; CUSTÓDIO, S. H. [et al.]. O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.07, N°. 01, Ano 2016 p.428-40. Disponível em: < <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Richard/Meus%20documentos/Downloads/Dialnet-OPapelDoEnfermeiroNaRecuperacaoDeIdososDepressivos-5555868.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2018.

VELLO, L. S.; POPIM, R. C.; CARAZZAI, E. M.; PEREIRA, M. A. O. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem** 18(2) Abr-Jun 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200330&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 21 out. 2017.