



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MURILO ALVES ZAGO

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: PROJETO DE
INTERVENÇÃO NA DEPRESSÃO COM BASE NA SOCIALIZAÇÃO

SÃO PAULO
2020

MURILO ALVES ZAGO

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NA DEPRESSÃO COM BASE NA SOCIALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

Durante as últimas décadas o Brasil vem sofrendo um gradual envelhecimento de sua população, decorrente de melhorias na qualidade de vida, infraestrutura e maior acesso aos serviços de saúde. Frente a essa realidade, temos novos obstáculos a serem enfrentados no âmbito da saúde como a depressão no idoso. A depressão em idosos exige atenção especial, visto que os sintomas, por muitas vezes, passam despercebidos e acaba sendo agravados com o surgimento de doenças degenerativas, isolamento social e modificação do estilo de vida proporcionado pelo processo de aposentadoria. Neste sentido, a ideia deste projeto é implantar o projeto terapêutico/individualizado e ações coletivas multidisciplinares para os idosos de uma ESF para qualificar o cuidado e ampliar a autonomia e o autocuidado.

Palavra-chave

Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Idoso.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

BREVE HISTÓRICO E ECONOMIA

Historicamente, Limeira surgiu em 1826, em decorrência da construção de uma estrada que era utilizada para escoar a produção dos engenhos da região. Em 1842 esse pequeno povoado se tornou vila e em 1863 foi elevado a categoria de cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA, 2020).

Limeira é um município localizado a aproximadamente 150 quilômetros da Capital do Estado de São Paulo. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) para o ano de 2019 é de 306.114 habitantes. Ainda de acordo com dados do IBGE, no ano de 2017 o salário médio mensal era de 2.9 salários mínimos e a proporção de pessoas empregadas em relação à população total era de 31%.

A economia do município é diversificada, sendo fortemente influenciada pelo setor industrial e alimentício, além de ser o maior conglomerado de produtores de jóias folheadas do continente e, ser destaque nacional no setor de agronegócios, com a produção de mudas ornamentais e frutíferas (PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA, 2020).

ESTRUTURA FÍSICA DA SAÚDE

CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS INFANTIL, CAPS II,1 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 12 CSF (Centro de Saúde da Família), 1 Serviço Especializado Moléstias Infecto Contagiosas, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Tutelar, Centro de Vigilância Sanitária, Centro de Vigilância Epidemiológica, Zoonoses, PAD (Programa de Atenção Domiciliar), 2 hospitais municipais, 1 Centro de Atenção à Saúde da Mulher, 1 Centro de Saúde Bucal, 1 Centro de Referência a Saúde do Idoso e Lazer, 3 Unidades de Suporte Básico Bravo, 1 Unidade de Suporte Avançado e 1 Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

CSF DOS LOPES

A CSF dos Lopes cenário desse projeto de intervenção fica localizada no Bairro dos Lopes no município de Limeira. Responsável pela assistência em estratégia de saúde da família, atenção ao pré natal, parto e nascimento, atenção a saúde bucal e coleta de exames.

O perfil da maioria dos usuários é de idosos (50% a 60% dos atendimentos diários), conseqüentemente existe uma alta prevalência de doenças crônicas, como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Observa-se ainda que pelo menos 70% dos pacientes idosos apresentam quadros depressivos, ocasionados principalmente pela transição para aposentadoria e distanciamento social.

A depressão em idosos é mais severa do que em outras fases da vida, principalmente pela fragilidade da rede de apoio. E está diretamente relacionada a complicações e agravos de outras doenças como discutiremos de forma mais aprofundada a seguir. Por isso, torna-se indispensável que a equipe da CSF Lopes desenvolva ações de intervenção preventivas e de promoção a saúde dos idosos, focadas particularmente na depressão.

ESTUDO DA LITERATURA

Nas últimas décadas a expectativa de vida da população mundial vem aumentando. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população idosa em 2010 representava 11,7% em relação à população geral, estima-se que em 2030 esse número aumente para 18,8% e, em 2050 seja de 29,3%. Algumas ações nacionais marcam a história das políticas públicas sociais direcionadas à população com mais de 60 anos. A Constituição de 1988, em seu Art.194 assegura aos cidadãos brasileiros direitos quanto à seguridade social, à saúde, à previdência e à assistência social. Incluindo a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 que institui o Conselho Nacional do Idoso (CNI) e, posteriormente, a elaboração do Estatuto do Idoso, sancionado em 01 de outubro de 2003 pela Lei nº 10.741 (XAVIER, 2012). Essas normatizações buscam promover os direitos ao envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Atualmente, assegurar o envelhecimento saudável é um grande desafio. O que torna indispensável conhecer esse novo contexto demográfico de modo a criar projetos de intervenções que contemplem uma visão global dessa população. Desde a década de quarenta, o número absoluto de mulheres idosas é maior que o de homens. Essa diferença aumenta ainda mais quando consideramos idades mais avançadas. Isso se deve principalmente em decorrência do crescimento maior da população feminina quando comparado a masculina (BERQUÓ, 1999). De acordo com dados do IBGE (2002) em 1980 a expectativa de vida da população feminina em relação à masculina era 6 anos a mais, em 1991 essa diferença aumentou para 7 anos a mais e em 2000 chegou a uma diferença de 8 anos a mais.

O nível de escolarização da população idosa, segundo Berquó (1999), é de baixo grau de escolaridade, apenas 50% deles completaram o primário. De acordo com o censo, em 2000, havia um percentual de analfabetismo de 40% para os homens idosos, e 48% para as mulheres idosas (IBGE, 2002). A baixa escolaridade da população idosa acarreta o comprometimento na qualidade de vida, pois esse fator é fundamental para a diminuição das desigualdades e manutenção da saúde (PEREIRA, 2013).

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Segundo Paschoal (1996), uma das principais ferramentas para a compreensão do processo de saúde do idoso é a curva de morbidade, que representa a probabilidade de viver até determinada idade sem ser acometido por alguma doença crônico-degenerativa. Considerando a população idosa essa curva é formada pela média de anos dos idosos, a partir de 60 anos, que não possuem doenças crônicas. Ao acrescentarmos a curva à perda da capacidade funcional, constrói-se a curva de incapacidade, que subsidia o cálculo da expectativa de vida autônoma (sem incapacidade). Essas curvas sofrem uma retangularização na presença de trabalhos preventivos e de promoção a saúde, diminuição dos fatores de risco e adoção de hábitos saudáveis, sendo esses aspectos indispensáveis para um envelhecimento sadio (PASCHOAL,1996; TAVARES,1999).

Pereira (2013) aponta em seus estudos que o envelhecimento no Brasil tem sido associado à

prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacidade e mortalidade. E romper esse pré conceito tem sido tarefa difícil segundo o Conselho Estadual do Idoso (1997). De acordo com Kalache (1997), o envelhecimento saudável, considera a autonomia e capacidade funcional do idoso, mesmo quando acometido por alguma patologia.

Sob a perspectiva de Basílio et al. (1997) e Scott et al. (1997), a capacidade funcional do idoso está diretamente relacionada à capacidade em desempenhar suas Atividades de Vida Diária (AVD): alimentação, higiene pessoal, cuidados com a aparência, comunicação e mobilidade. E as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) estão associadas a capacidade de: utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, realizar compras, manusear aparelhos, etc. Nesse sentido, a incapacidade funcional do idoso se manifesta pela perda da capacidade de desempenhar de modo autônomo as AVDs e AIVDs.

Ainda, de acordo com Basílio et al. (1997), as doenças crônicas são os principais fatores associados à incapacidade funcional, em conjunto com o avanço da idade e a incapacidade cognitiva. E pesquisas também embasadas na população idosa de Cacciatore et al.(1997); Ramos et al. (1998) e Brummett (2000), indicam que os transtornos depressivos pioram o funcionamento nas AVDs e AIVDs.

Segundo Hayflick (1997), um número significativo de idosos apresentam de três a nove condições patológicas significativas. Por isso, associar a morte de um idoso a uma única doença, na maioria dos casos, é insuficiente. Nesse sentido, torna-se indispensável, pensar ações preventivas e de promoção a saúde dos idosos que considerem os diversos aspectos multifatoriais que podem elevar a chance do desenvolvimento de doenças (BRASIL, 2018).

É importante salientar que nosso enfoque central desse projeto de intervenção será as ações preventivas e de promoção a saúde dos idosos, focadas particularmente na depressão.

DEPRESSÃO EM IDOSOS

Segundo Forlenza e Radanovic (2015), a prevalência da depressão em idosos residentes na comunidade varia entre 2% e 14%, sendo mais frequente entre os que moram em instituições de longa permanência podendo chegar a 30%. A depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas em todo mundo, acometendo mais mulheres do que homens. Apesar disso, a rede de cuidados à depressão na maioria dos países é bem falha, em certos lugares menos de 10% das pessoas que sofrem de depressão recebem tratamento (WHO, 2012).

Durante o diagnóstico da depressão é necessário identificar em qual fase da vida ela ocorreu. A depressão que se iniciou em fases aleatórias da vida e se estendeu até a velhice tende a estar associada a fatores genéticos. Porém, os quadros depressivos adquiridos no envelhecimento, estão associados a fatores ambientais: isolamento social e surgimento de doenças clínicas. Algumas medicações também podem causar sintomas depressivos: certos anti-hipertensivos, anti-parkinsonianos, benzodiazepínicos e corticosteróides (FORLENZA; RADANOVIC, 2015).

Existem inúmeras teorias sobre a depressão, as mais populares são a teoria cognitiva de

Beck e a teoria do desespero aprendido da depressão. De acordo com Amaral (1997), ambas as teorias consideram que quando indivíduos com padrões cognitivos negativos enfrentam alguma situação de stress, são mais vulneráveis a desenvolver um episódio depressivo.

A Teoria Cognitiva considera que a natureza e a função de processamento de informação é o ponto principal para a compreensão dos comportamentos não adaptativos e do processo terapêutico positivo (Alford & Beck, 1997). Quando o indivíduo fica deprimido tem maior predisposição a entrar na chamada tríade cognitiva. *“A tríade cognitiva consiste numa visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro”* (Bahls, 1999; Powell et al., 2008). Essa maneira de interpretar os acontecimentos origina com facilidade episódios depressivos. Exemplificando, o ciclo vicioso dos deprimidos origina do seu modo pessimista de enxergar a vida, que diante de mínimas situações de stress, potencializam e intensificam suas emoções negativas o que alimenta esse ciclo (BAHLS, 1999). Os indivíduos depressivos comumente sentem-se envolvidos em situações das quais só podem ocorrer decepções, sofrimento e desesperança.

Os pontos fortes da Terapia Cognitiva consistem em focar na assistência aos pacientes depressivos, fornecendo-lhes suporte para que consigam lidar com as situações problemáticas de modo ativo e aprendam identificar, avaliar e trabalhar seus pensamentos negativos, principalmente os relacionados a si mesmo, ao mundo e ao seu futuro (BECK, 2011).

A depressão em idosos exige atenção especial, pois, a maioria deles não se queixa de distúrbios depressivos. Na velhice, a depressão está comumente relacionada às perdas, ao surgimento de doenças, a disfunções cognitivas, debilitação física e ao distanciamento social (RODRIGUES, 2009). Cerca de 25% dos idosos com mais de 65 anos vivem sozinhos e passam oito ou mais horas por dia sem ter contato interpessoal. E ao serem questionados sobre seu estado emocional, aproximadamente 20% revelaram se sentirem deprimidos na maior parte do tempo (OLIVEIRA, 2010).

A diferença entre a depressão no idoso e em outras faixas etárias está relacionada principalmente na insuficiência ou ausência de uma rede de apoio, que os ajude a enfrentar situações de stress: luto, carência e questões sociais (ZIMERMAN, 2000).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de depressão é realizado através da escuta atenta às queixas do paciente e da busca ativa por sintomas (TELESAUDE, 2017). Os principais sintomas da depressão em idosos, além das sintomáticas comuns já citadas anteriormente, podem ser queixas de hipocondria, humor disfórico, baixa autoestima, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio (FORLENZA; RADANOVIC, 2015). Além disso, comumente em pacientes idosos a depressão coexiste com outras doenças. O que gera uma condição clínica bidirecional, exemplificando: dores crônicas podem predispor a ocorrência de depressão, ou a depressão pode piorar a evolução das dores crônicas. Isso se deve porque o indivíduo depressivo diminui seu autocuidado: má alimentação, predisposição maior em não seguir o tratamento como recomendado,

fragilização, permanência maior no leito e sedentarismo (FORLENZA; RADANOVIC, 2015).

Outro fator que requer atenção redobrada dos profissionais de saúde é com relação a alguns processos demenciais como o Alzheimer, que no início pode se apresentar como sintomas depressivos, além do fato de que a depressão se associa a um maior risco do desenvolvimento de demência em longo prazo. Desse modo, a depressão tanto pode ser concomitante à demência como representar um fator de risco para o seu desenvolvimento (FORLENZA; RADANOVIC, 2015).

No intuito de promover o diagnóstico precoce, o Ministério da Saúde recomenda que o rastreio da depressão em idosos seja realizado anualmente, usando a versão brasileira da Escala Geriátrica de Depressão, com 15 ou 5 itens (GDS-15 ou GDS-5), conforme a Figura 1. Deve-se suspeitar de depressão se houver seis respostas positivas na versão GDS-15 ou duas respostas positivas na versão GDS-5 (BRASIL, 2018).

| QUADRO 11: ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15 E GDS-5) | | | | |
|---|---|----------|-----|---------------|
| Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas: | | | | |
| | PERGUNTA | RESPOSTA | | |
| | | Sim | Não | |
| GDS-5 | Você está basicamente satisfeito com sua vida? | 0 | 1 | GDS-15 |
| | Você se aborrece com frequência? | 1 | 0 | |
| | Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? | 1 | 0 | |
| | Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | 1 | 0 | |
| | Você sente que sua situação não tem saída? | 1 | 0 | |
| | Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer? | 1 | 0 | |
| | Você acha que sua situação é sem esperanças? | 1 | 0 | |
| | Você acha maravilhoso estar vivo? | 0 | 1 | |
| | Você sente que sua vida está vazia? | 1 | 0 | |
| | Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? | 1 | 0 | |
| | Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? | 1 | 0 | |
| | Você deixou muitos de seus interesses e atividades? | 1 | 0 | |
| | Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? | 0 | 1 | |
| | Você se sente cheio de energia? | 0 | 1 | |
| | Você se sente feliz a maior parte do tempo? | 0 | 1 | |

Fonte: Almeida OP, 1999.⁹⁵

Porém, é indispensável à confirmação do rastreio da depressão, em decorrência da possibilidade de um resultado falso positivo. Essa confirmação se dá através da utilização dos critérios para depressão maior definidos no DSM-5 (FIGURA 2) (BRASIL, 2018).

QUADRO 12 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA DEPRESSÃO MAIOR

| CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO MAIOR – DSM-5 | |
|---|---|
| A) Cinco ou mais dos sintomas seguintes devem estar presentes na maioria dos dias por um período de pelo menos duas semanas, representando mudança em relação ao funcionamento anterior. | |
| Sintomas centrais: – Humor deprimido; – Anedonia – perda do interesse ou prazer. Pelo menos um desses sintomas deve estar presente. | Sintomas adicionais: – Perda ou ganho significativo de peso (> 5% do peso corporal em um mês); ou redução ou aumento do apetite; – Insônia ou hipersonia; – Agitação ou retardo psicomotor observáveis por outras pessoas; – Fadiga ou perda de energia; – Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; – Dificuldade de concentração ou indecisão; – Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa ou plano de suicídio. |
| B) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. | |
| C) O episódio não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. | |
| D) A ocorrência do episódio depressivo não é bem explicada pela presença de outros transtornos mentais. | |
| E) Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaniaco. | |
| <p>Nota: respostas a uma perda significativa (ex.: luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, doença médica ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser compreendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda. No luto, o afeto predominante inclui sentimento de vazio e perda, ao passo que no episódio depressivo maior há humor deprimido e persistente incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia do luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como as dores do luto, associadas a lembranças da pessoa falecida; a autoestima costuma estar preservada e, se presente, a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (ex.: não ter visitado com mais frequência). Pensamentos de morte também costumam ter foco no falecido, como possibilidade de unir-se a ele.</p> | |

Fonte: DSM-5.⁸⁹

PROMOÇÃO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Estudos literários indicam que as ações de intervenções de prevenção e promoção à saúde mental apresentam grande potencialidade em promover o empoderamento, saúde e cidadania dos idosos (Veras & Caldas, 2004). Colaborando para a adaptação à aposentadoria, redução dos sintomas depressivos e de ansiedade (França, 2012; Soares & Costa, 2011). Porém, pesquisas e estudos sobre intervenções preventivas e de promoção à saúde mental em idosos são significativamente mais escassas quando comparados a outras faixas etárias (adolescentes e crianças).

Ainda se observa intervenções de prevenção e promoção a saúde mental nacionais, que utilizam a abordagem comportamental e cognitiva-comportamental. Mas, ao analisar entidades como WHO, notamos uma abordagem ecológica desse mesma problemática. Essa abordagem considera uma visão global dos fatores determinantes de saúde e qualidade de vida, que enfatiza as interações entre indivíduos, interações sociais e com o meio onde está inserido (ABREU, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a necessidade de mudanças

profundas na formulação das políticas e assistência aos idosos, adotando modelos para a prestação de cuidados integrais. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabeleceu seu foco de ação na manutenção da capacidade funcional dos idosos tendo como um de seus eixos norteadores o enfrentamento da fragilidade desse público (BRASIL, 2006). Nesse contexto e com o objetivo de oferecer à população idosa do Bairro Lopes, a assistência integral e eficiente para que alcance o envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia pelo máximo de tempo possível, a equipe da CSF adotará um plano de intervenção de promoção e prevenção a Saúde do Idoso, criado e embasado em conceitos e diretrizes que deverão nortear a formação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso da CSF dos Lopes, ancorados pela identificação precoce das principais fragilidades, manejo através da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso e reintegração social.

AÇÕES

AÇÕES

Local: CSF dos Lopes

Público Alvo: Idosos da área de abrangência da CSF dos Lopes.

Participantes: Médico da ESF, enfermeira, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais do NASF e, Prefeitura Municipal de Limeira e Secretaria Municipal de Saúde.

Apresentação do projeto: A primeira etapa do projeto de intervenção será uma reunião na própria UBS, com toda equipe da unidade e NASF, onde as ações do projeto serão apresentadas e discutidas. Duração: 3 horas.

Treinamento da equipe da UBS: O médico responsável pela elaboração do PI realizará um treinamento para a equipe, onde discutirá sobre envelhecimento saudável, depressão durante o envelhecimento, avaliação multidimensional da saúde do idoso e atenção integral a saúde do idoso. Duração: 4 horas.

Estratificação do número de idosos do bairro Lopes: Os agentes comunitários de saúde realizarão a estratificação dos idosos usuários da CSF dos Lopes, por meio dos prontuários e livros de registros. Duração: 16 horas.

Elaboração de folder autoinstrucional sobre depressão e divulgação do PI: A equipe executora do PI irá elaborar um folder que contenham as informações mais relevantes sobre depressão em idosos e durante os atendimentos e buscas ativas aos idosos, irão distribuí-los para toda comunidade bem como divulgar as ações do PI. Duração: 20 horas.

Reunião para a definição de responsabilidades: Reunião para definir as tarefas de cada membro da equipe, bem como as próximas ações do PI. Duração: 2 horas.

Grupo de apoio: A primeira ação do PI será formar um grupo de apoio para os idosos, esse grupo terá atividades diárias, e promoverá por meio da socialização a prevenção e controle da depressão. As atividades acontecerão de segunda a sexta na unidade. Duração: 4 meses.

Rodas de Conversa: Uma das atividades do grupo de apoio aos idosos serão as rodas de conversa, que acontecerão no período da manhã todas as segundas. Essa atividade será mediada pela psicóloga no NASF e médico da ESF. Esse momento será destinado à interação entre idosos e equipes de saúde. Buscando promover o restabelecimento social e criação de vínculos, bem como formar uma rede de apoio aos idosos. Duração: 4 meses.

Grupo de Caminhada: Diariamente (segunda a sexta) os idosos no período da manhã terão um grupo de caminhada, onde serão acompanhados e incentivados pelos agentes de saúde. É importante ressaltar que previamente os idosos passarão por uma avaliação clínica com o médico e professor de educação física. Duração: 4 meses.

Horta comunitária: Com a colaboração da Prefeitura Municipal, os idosos terão um espaço, dentro da própria área da unidade, onde poderão cultivar alimentos orgânicos (alface, couve, hortelã, cebolinha, tomates cerejas, cenoura, beterraba, dentre outros). A manutenção da

horta será realizada pelos idosos e todos os insumos serão fornecidos pela prefeitura. Duração: 4 meses.

Alimentação saudável: A nutricionista do NASF aproveitará os alimentos plantados pelos próprios idosos e quinzenalmente irá realizar palestras que tragam receitas saudáveis que utilizem esses alimentos. Duração: 4 meses.

Clube do livro: Quinzenalmente acontecerá a reunião do clube do livro, mediada pela enfermeira. Em cada encontro um livro será escolhido para ser debatido. Os idosos serão estimulados a trabalhar o cognitivo, criatividade, ludicidade e recriar a própria versão da história. Duração: 4 meses.

Consulta individual: Mensalmente os idosos envolvidos nas atividades do PI terão consulta agendada com o médico para a realização da Avaliação Multidimensional. Duração: 4 meses

Reunião mensal da equipe do PI: Na última quinta de todo mês, a equipe executora do PI, reunirá e discutirá sobre as ações, pontos positivos e negativos, relevância das ações e caso seja necessário reestruturação das mesmas. Duração: 4 meses.

Avaliação e Monitoramento: A avaliação e monitoramento do projeto serão realizados a curto e médio prazo, observando os dados da Avaliação Multidimensional dos Idosos e os relatos de toda equipe envolvida no PI.

RESULTADOS ESPERADOS

A literatura acerca da depressão em idosos aponta que intervenções integrais coletivas e individuais colaboram para o restabelecimento da saúde mental e prevenção de quadros depressivos. Esperamos que a partir de ações de socialização, suporte psicossocial, atividades lúdicas, cognitivas e físicas consigamos promover um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida aos usuários da CSF dos Lopes.

REFERÊNCIAS

- ALFORD, B.A. & BECK A.T. (1997) *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- AMARAL, A. (1997). Alterações circadianas na depressão. Dissertação de mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Correa Nascimento et al. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª ed. DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BASILIO, J. et al. Vejez saludable e incapacidade funcional em la población anciana de Canarias. *Revista Espanhol Salud Publica, Madrid*, v. 71, n. 2, p. 2, mar./apr. 1997.
- BECK, A., RUSH A., SHAW, B. e EMERY, G. *Cognitive Therapy of Depression*. (Sandra Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- Beck, J. *Cognitive Behavior Therapy – Basics and Beyond*. 2ª ed. New York. 2011.
- BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 11-40.
- BRASIL. Rede de Saúde do Idoso. Curitiba. 2018.
- CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO (Rio Grande do Sul). *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*. Porto Alegre, 1997.
- COSTA, Maria Fernanda F. Lima et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF*, v. 9, n. 1, p. 23-41, jan./mar. 2000.
- FORLENZA, A.V.; RADANOVIC, M. APRHAMIAN, I. *Neuropsiquiatria geriátrica*. Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2015.
- HAYFLICK, Leonard. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus. 1997.
- IBGE. Censo demográfico de 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 05 jan. 2020.
- IBGE. Limeira. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 05 jan. 2020.
- MINAYO, Maria Cecília de S. Condições de vida, desigualdade e saúde: a partir do caso brasileiro. Trabalho apresentado no VIII Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social e XI Congresso da Internacional Association of Health Policy, Cuba, jul. 2000.
- PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. et al (Org.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.
- POWELL, V., ABREU, N., OLIVEIRA, I., SUDAK, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (III), 73-80.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA. Conheça Limeira. Disponível em: https://www.limeira.sp.gov.br/sitenovo/simple_hotsite.php?id=52&simple=373. Acesso em: 05 de jan.2020.

SCOTT, William K. et al. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 50, n. 3, p. 291-296, 1997.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Situação de saúde do idoso diabético. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 11-17, 1999.

TELESAÚDE. Depressão. Porto Alegre. 2017.

XAVIER, B.F. Um estudo sobre ações sociais do estado brasileiro direcionadas ao idoso e a contribuição do IFRN alusiva a essa temática. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a policy framework*. Madrid. 2012.