



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Paula Cristina Frederico Ferreira

Plano de ação para a redução da incidência e  
prevalência do transtorno depressivo na população idosa  
atendida na Unidade Básica de Saúde Santiago,  
Londrina-PR

Florianópolis, Março de 2016



Paula Cristina Frederico Ferreira

Plano de ação para a redução da incidência e prevalência do transtorno depressivo na população idosa atendida na Unidade Básica de Saúde Santiago, Londrina-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Aline Lima Pestana  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Paula Cristina Frederico Ferreira

Plano de ação para a redução da incidência e prevalência do transtorno depressivo na população idosa atendida na Unidade Básica de Saúde Santiago, Londrina-PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Aline Lima Pestana**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

A depressão em idosos é uma doença de alta prevalência, porém ainda subdiagnosticada, principalmente no nível básico de atenção à saúde. O não diagnóstico de um transtorno de humor, especialmente entre pacientes mais velhos, pode gerar, entre outros problemas, aumento da demanda de consultas e atendimentos desnecessários, por queixas vagas e inespecíficas, com condutas pouco resolutivas e maior congestionamento dos serviços de saúde. Estudos relacionados à tratamento da depressão em idosos, e em demais faixas etárias, apontam para maior eficácia do tratamento quando associadas medidas não medicamentosas à farmacoterapia e, também, nos casos de depressão leve a moderada, para a possibilidade de tratamento não farmacológico exclusivo. Este Projeto de Intervenção visa melhorar o atendimento aos idosos portadores de transtorno depressivo nos serviços de atenção básica. Para isto, sugere-se elaborar um plano de ações, juntamente com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Santiago, Londrina-PR, para contribuir na redução da incidência e prevalência de transtorno depressivo na população idosa. O projeto propõe, primeiramente, maior atenção dos profissionais de saúde, principalmente do clínico geral, na identificação (diagnóstico) desses pacientes, com anamnese dirigida e cadastramento individual. As outras intervenções propostas constituem medidas terapêuticas não medicamentosas a serem implementadas na rotina da Unidade Básica de Saúde, com participação de membros da ESF (Equipe de Saúde da Família) e do NASF (Núcleo de Apoio à saúde da Família). Espera-se, com o projeto, aumento do número de casos de idosos com diagnóstico de transtorno depressivo. Em mais longo prazo, espera-se observar os benefícios do tratamento não medicamentoso e Multiprofissional em associação com o medicamentoso ou, em alguns casos, como tratamento exclusivo.

**Palavras-chave:** Depressão, Saúde do Idoso, Saúde da Família



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	15
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	15
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santiago está situada na região Oeste da cidade de Londrina, Paraná. Sua área de abrangência engloba os seguintes bairros: Jardins Barcelona, Império do Sol, Maria do Carmo, Maria Luiza, Mônaco, Noroeste, Nova Londrina, Nova Olinda, Portal dos Ramos, San Martins, San Thomas, Santa Madalena, Santiago, Santo André; Moradias Cabo Frio; Parque Industrial Cacique; Conjuntos Habitacionais, Jacutinga, Santiago e Silvio Bussadori; Conjunto Residencial Santa Rita 3, Cilo 3. O início da ocupação da região se deu já na década de 50, com implantação dos primeiros loteamentos na área de abrangência da UBS. Há porém áreas de ocupação bem mais recentes, sendo uma região onde se encontram bairros antigos e também os de ocupação recente, além de espaços com potencial para crescimento. Os primeiros moradores eram provenientes, em grande parte, da região do centro velho da cidade, de onde se originaram os primeiros bairros de Londrina, resultado do aumento populacional na cidade. Ao longo do período de ocupação, também chegaram indivíduos que antes moravam em cidades menores próximas a Londrina, em busca de oportunidades de trabalho na cidade que crescia. O desenvolvimento da comunidade foi impulsionado devido às oportunidades de trabalho favorecidas pelo fácil acesso da região ao centro da cidade e, principalmente, pela implantação de diversas indústrias nos bairros e áreas próximas. O principal movimento de representação social do bairro é a Associação de Moradores do Jardim Santiago, porém, no momento, com poucas atividades, segundo informação de moradores. Há também um representante da região na Câmara Municipal de Londrina, que tem amparado a população local na defesa de seus interesses, com aprovação de grande parte dos moradores. Atualmente não há movimento social, cultural ou político específico, organizado por moradores, segundo relatos. Porém nesse aspecto, a comunidade é adequadamente assistida por entidades/órgãos existentes no bairro, tais como igrejas/pastorais, CRAS, Centros de Formação Cidadã (CFC), colégios, unidade de saúde (estes serão descritos posteriormente). Dos serviços públicos oferecidos, iniciando pelas instituições de educação, existem diversas escolas públicas, a saber: Escola Estadual Professor Cássio Leite Machado, Escola Municipal Maria José Carneiro, Escola Municipal Professora Mara Tereza Meleiro Amâncio, Centro Municipal de Educação Infantil Marizia Carli Loures. Destaca-se o Colégio Estadual Polivalente, que oferece educação regular e também ensino profissionalizante (técnico em segurança do trabalho, técnico em edificações, técnico em alimentos). Há também uma unidade dos CFC, no bairro Santiago. O órgão atende adolescentes de 13 a 17 anos e é gerido pela Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Londrina. Segundo consta no portal da prefeitura, o CFC é "um espaço de referência formativa e de convívio afetivo, lúdico e solidário gerando oportunidades para desenvolvimento de criatividade e novos interesses, levando os jovens a desenvolverem projetos

de vida pessoais e coletivos, transformadores e comprometidos com o bem comum no exercício da cidadania”. No âmbito da saúde, o principal serviço oferecido é a Unidade Básica de Saúde. Implantada em 1986 recém reformada (2014), a unidade oferece serviços para todas as idades, conta com 5 médicos (clínicos gerais, ginecologista, pediatra), 4 enfermeiros, técnicos em enfermagem, administrativo, 2 dentistas, técnicos em odontologia, Agentes Comunitários de Saúde. É dividida em três equipes do Programa de Saúde da Família, prestando atendimento completo e individualizado em atenção básica. Também é assistida por profissionais do NASF (psicologia, farmácia, educação física, nutrição, fisioterapia) e da residência multidisciplinar em saúde da mulher (psicologia, educação física, enfermagem). O horário de funcionamento de segunda-feira à sexta-feira, das 07 às 19 horas, foi estendido recentemente até às 22 horas nas terças-feiras e quintas-feiras, para melhor atendimento da população que trabalha em horário comercial. Em bairro vizinho, bem próximo à área de abrangência da UBS, encontra-se uma unidade 24 horas de Pronto Atendimento, que funciona nos moldes das atuais UPAs, atendendo à demanda de urgência e emergência que a UBS não consegue suprir. A representação do serviço de assistência social do município se faz por uma unidade do CRAS (Centros Regionais de Assistência Social) na região. O órgão referido presta atendimento individualizado à população, acompanha famílias/indivíduos em vulnerabilidade social e realiza ações com outras entidades que atendem a população local, incluindo UBS. A área de abrangência da UBS Santiago conta com diversas instituições religiosas, a saber: Igreja Católica Paróquia São Tiago Apóstolo, Igreja Pentecostal o Brasil para Cristo, Igreja Assembléia de Deus, Igreja Deus é amor, Igreja Adventista do Sétimo Dia, Comunidade Cristã Centro de Vida, Igreja Presbiteriana Renovada, 14 Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Evangélica Pentecostal Missão de Cristo. Há também alguns espaços de lazer como praças, academia ao ar livre, campo de futebol. Com relação às áreas de risco ambiental, um aspecto bastante evidente, principalmente nos primeiros meses de 2015, tem sido os surtos de dengue. Em diversas ruas do bairro, famílias inteiras foram infectadas pelo vírus da dengue. Mesmo com o árduo trabalho da equipe de controle de endemias, nota-se que a população ainda mantém grande quantidade de entulhos e outros potenciais criadouros do mosquito *Aedes Aegypti* em suas casas e quintais, principalmente em moradias mais pobres, onde é comum a prática do acúmulo de entulhos, materiais velhos e lixo reciclável (para posterior comercialização). O índice de infestação por dengue na cidade de Londrina foi de 10,1%, sendo o Bairro Santiago o segundo maior índice entre os bairros da cidade (8,87%) (segundo informações contidas em site de notícias) (GLOBO, 2015). Segundo informações dos moradores e profissional do NASF (psicóloga), outro fator que assola as famílias e a sociedade da região da área de abrangência da UBS em questão, é o problema das drogas, devido ao uso e também ao tráfico, principalmente entre jovens e adolescentes. É por isso que várias entidades da região (principalmente escolas, igrejas, UBS e CFC) estão sempre promovendo ações no sentido de recuperar e abordar essa população. A renda familiar da

região do bairro Santiago e imediações é bastante heterogênea, como informam os ACSs. Dados apurados pela UBS apontam que 460 famílias da área recebem subsídios do Programa Bolsa Família, somando um total de 1090 indivíduos beneficiados. Mais de 50% dessas famílias são do Bairro Santo André e Barcelona, os mais carentes entre os analisados. Nesses bairros, uma parcela significativa da população vive apenas com recursos do governo federal e ajuda de entidades. Não há dados sobre renda familiar média das famílias da região. Sabe-se porém que a quase totalidade delas pertence às classes C, D e E.

As condições de moradia (informações de profissionais da Unidade de Saúde e observação da área nas visitas domiciliares), mesmo as casas com infra-estrutura mais precárias, têm disponibilidade de rede de esgoto e água tratada e também são favorecidos pela coleta de lixo municipal. As vias públicas são asfaltadas em sua quase totalidade, a exceção está em ruas de acesso às áreas rurais (onde vive mínima parcela da população local). Não há, no momento, áreas de assentamentos ou invasão, porém muitos domicílios apresentam mínimas condições de estrutura e higiene. Não há dados disponíveis sobre alfabetização, porém, segundo informações dos profissionais do NASF, das crianças em idade escolar, poucas não frequentam escola e, nesses casos pontuais, a dificuldade não é a falta de acesso à escola, e sim problemas familiares e sociais (inadaptação, envolvimento com drogas, desestruturação familiar).

A população total cadastrada e acompanhada pela Equipe de Saúde da Família da UBS Santiago, área A (a área de abrangência da UBS Santiago é dividida em 3 grupos de PSF) é de 3000 pessoas, sendo 1950 mulheres e 1050 homens, de acordo com as últimas atualizações realizadas pelos ACSs. Do total da população atendida, 800 são menores de 20 anos, 1900 têm entre 20 e 59 anos e 300 têm 60 anos ou mais. Os dados que relacionam as doenças mais prevalentes na população acompanhada pela equipe A do PSF da Unidade Santiago não estão atualizados, devido à recente troca dos profissionais responsáveis pela coleta de dados e cadastramento das famílias (ACSs), os quais ainda estão em fase de treinamento para o exercício da função. Com base em dados prévios, estimativa e percepção da Equipe, a prevalência de Hipertensão Arterial é de cerca de 60% entre os adultos maiores de 40 anos e a prevalência de Diabetes ou doenças relacionadas (pré diabetes) é de cerca de 40% nos pacientes dessa faixa etária. A maioria dos pacientes adultos atendida na UBS e principalmente aqueles atendidos no domicílio são hipertensos e/ou diabéticos. Estes são atendidos pelo médico de saúde da família que realiza ajuste das medicações, avaliação de exames, orientações sobre mudança no estilo de vida e uso correto dos medicamentos, triagem de possíveis complicações da doença crônica e encaminhamento para especialista nos casos indicados. Muitos também são atendidos no domicílio pela equipe de enfermagem para coleta de exames, aferição da pressão arterial e dos níveis de glicemia capilar e orientações gerais. Os ACSs também realizam orientações diversas, organização das medicações de uso contínuo para pacientes com maior dificuldade de adesão ao

tratamento crônico (“caixinha de remédios”), identificação dos pacientes que necessitam de cuidados especiais ou acompanhamento individualizado pela equipe. No momento não há pacientes diagnosticados ou em acompanhamento por tuberculose ou hanseníase na referida equipe.

Os principais motivos que levaram os pacientes à procura por atendimento médico nos últimos meses (desde março de 2015 até a presente data) foram: Hipertensão Arterial Crônica, Diabetes Melitus, doenças psiquiátricas (Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade), orientação para anticoncepção e dores crônicas (entre as principais estão dor-salgia, dor em membros inferiores, dor em ombros, cefaleia). Essas informações referidas são baseadas em anotações diárias dos dados dos pacientes e dos motivos de consulta, que são as fontes de informação que periodicamente alimentam o sistema do esus.

Os atendimentos do PSF são de certa forma organizados com base na demanda esperada identificada pelos dados de atendimento. As visitas domiciliares são programadas de modo que todos os pacientes necessitados sejam acompanhados periodicamente e a frequência do acompanhamento varia de acordo com as comorbidades e o grau de risco familiar dos assistidos. Além das visitas de rotina, há possibilidade de o paciente solicitar avaliação sempre que achar necessário. São realizadas coletas de exames laboratoriais em domicílio e a frequência destes também é programada de acordo com as patologias que apresentam, levando em conta outras necessidades especiais. Há também realização de reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos, visto que são as doenças mais prevalentes na população atendida (assim como é na população geral). Os atendimentos da enfermagem também são programados de acordo com a demanda identificada, com visitas periódicas de rotina para aferição dos sinais vitais e acompanhamento do tratamento das doenças crônicas. Os atendimentos médicos em UBS também se organizam de acordo com a demanda, com vagas fixas para acompanhamento periódico de doenças crônicas, vagas para atendimento da procura do dia (doenças agudas) e para outros motivos gerais.

No ano de 2014 foram notificados 2 óbitos em menores de 1 ano na Equipe A do PSF da UBS Santiago. As causas foram: óbito fetal de causa não esclarecida e morte nas primeiras horas de vida por complicações relacionadas ao parto. Das crianças de até 1 ano de vida da área, estima-se que 90% estão com esquema vacinal em dia. As gestantes são acompanhadas com consultas de pré-natal com o obstetra, pelo médico geral e o enfermeiro. Todas elas têm realizado 7 ou mais consultas de pré-natal durante a gestação, porém essas consultas não são exclusivamente realizadas pelo obstetra, como especificado acima, são divididas entre os outros profissionais de saúde da UBS (clínico geral e enfermeiro), dada a baixa disponibilidade de obstetras em todo o município de Londrina.

A nova formação de profissionais da Equipe de Saúde da Área A é bastante recente, devido à troca dos ACSs e do médico. Devido ao acompanhamento da população por curto período não é possível inferir com convicção sobre a evolução da saúde materno-infantil ao

longo do tempo. A percepção é de que a situação é estável e que talvez nos últimos meses e até anos tem sido possível a realização de acompanhamento mais regular dessa população, que se mostra mais presente e participativa, muitas vezes por conta da exigência dessa participação como garantia para o recebimento dos benefícios oferecidos pelos programas sociais vigentes. A Equipe de Saúde da Família da UBS da área A, com formação recente, ainda não completou um ano, por isso não há dados contabilizados sobre as causas de mortalidade e internação do ano de 2014. As estimativas dos ACSs, de acordo com fatos mais recentes, indicam que atualmente as principais causas de mortalidade têm sido Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Neoplasias, Sepsis (geralmente por Pneumonia ou Infecção do Trato Urinário) e causas externas (acidentes de trânsito e morte por causas violentas-esta última causa destaca-se em consequência do tráfico de drogas que existe na região). A estimativa das causas de mortalidade tem sua importância no sentido de gerar uma reflexão por parte da equipe. Porém, a inexistência de dados concretos, de números, é muito prejudicial, principalmente para o planejamento de intervenções mais específicas e para identificação de determinada causa de mortalidade que, apesar de não se destacar entre as mais recorrentes, possa estar apresentando crescimento fora dos padrões gerais e necessite ser reconhecida. As principais causas de internação dos idosos residentes na área também não se apresentam em dados concretos e não é possível contabilizá-las para o ano de 2014. As causas descritas decorrem de anotações dos ACSs dos meses mais recentes, e também do conhecimento de internações prévias dos pacientes atualmente acompanhados. São elas: Pneumonia, Acidente Vascular Cerebral, Cardiopatias (Infarto Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca), Insuficiência Renal e Fraturas (especialmente fraturas de Fêmur). Mais uma vez, a inexistência desses dados numéricos prejudica muito o planejamento de ações, principalmente no reconhecimento de doenças/complicações evitáveis e na intervenção preventiva nesses casos.

**TRANSTORNO DEPRESSIVO EM IDOSOS** A depressão é uma doença caracterizada dentro dos Transtornos do Humor. É altamente prevalente em toda a população e tem especial importância entre os idosos. O CID-10 e a American Psychiatric Association (DSM-IV) definem depressão como conjunto de sinais e sintomas que causam alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, interferindo na vida do indivíduo. Entre os idosos, está entre as doenças psiquiátricas mais incapacitantes [Martini et al. \(2013\)](#). A depressão nos idosos depende da interação entre fatores ambientais, constitucionais, biológicos e suporte social. Os eventos ambientais são representados pelas questões vitais negativas, como por exemplo perdas e limitações, podem funcionar como desencadeadores da depressão. Os elementos constitucionais são as propensões genéticas ao desenvolvimento da depressão, bem como os traços de personalidade de marcante ansiedade. A biologia do envelhecimento contribui para a eclosão da depressão através das doenças físicas e a consequente incapacitação, inclui-se aqui a chamada Depressão Vascular de início tardio, consequência das alterações da circulação cerebral. A ruptura de vínculos sociais, perda

do espaço ocupacional, a diminuição do rendimento econômico, o isolamento são elementos do suporte social que favorecem a depressão (PSIQWEB, 2016). Situações e condições inerentes à pessoa idosa justificam maior risco de precipitação de quadro depressivo: a incapacidade decorrente da senilidade, a prevalência de doenças crônicas, a maior vulnerabilidade para doenças agudas, a perda recorrente de entes queridos. Estas condições têm como conseqüências a sensação de inutilidade, a ocorrência de internações prolongadas, diminuição das atividades de lazer, medo da morte, baixa auto-estima, insegurança, etc. Todas as situações descritas justificam o fato de a depressão ser mais incidente na faixa etária mais avançada.

A comunidade atendida pela ESF da UBS Santiago tem uma alta prevalência de idosos (não há dados populacionais precisos). Assim como em outros âmbitos da assistência à saúde, a depressão em idosos é, muitas vezes, subdiagnosticada e até negligenciada. Com olhar mais atento, podemos perceber que na comunidade atendida por nossa equipe de saúde, a situação não é diferente. É bastante comum, por exemplo, observarmos idosos que comparecem para atendimento na UBS com frequência muito elevada, muitas vezes por queixas de dores crônicas refratárias à diversos tipos de tratamento, queixas inespecíficas, queixas pouco fundamentadas, quadros que podem simular eventos cardiovasculares, etc. Embora seja comum, pela condição de saúde do idoso, que essas queixas realmente sejam advindas de causa orgânica, também é bastante frequente que sejam decorrentes de um quadro de depressão ou ansiedade, sem diagnóstico prévio. Essa situação gera uma demanda de atendimentos desnecessária e com baixa possibilidade de resolução, agravando ainda mais problemas como longas filas de espera por consulta, solicitação de exames complementares desnecessários e conseqüente indisponibilidade destes em situações realmente necessárias. Soma-se a isso a o prejuízo na qualidade de vida do idoso, a má aderência à tratamentos de outras doenças crônicas, a excessiva dependência da família e da equipe de assistência à saúde. Por todos esses motivos descritos acima, faz-se necessária a elaboração de projetos voltados para o diagnóstico precoce e tratamento dos transtornos de humor no idoso, principalmente o transtorno depressivo. Medidas simples, com a participação de todos os membros da equipe de saúde da família e NASF, podem gerar importantes impactos na qualidade de vida dos idosos da comunidade (e de seus familiares) e na qualidade do atendimento da Unidade de Saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ações, juntamente com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Santiago, Londrina-PR, para contribuir na redução da incidência e prevalência de transtorno depressivo na população idosa.

### 2.2 Objetivos Específicos

-Identificar os idosos da área de abrangência da UBS Santiago que apresentam transtorno depressivo ou fatores de risco para depressão.

-Qualificar a assistência clínica e psicoterápica para os idosos com diagnósticos de transtorno depressivo.

-Promover a realização de atividades físicas, recreativas e de lazer para idosos com transtorno depressivo ou com fatores de risco para o desenvolvimento da doença.



### 3 Revisão da Literatura

A depressão é uma doença relativamente comum, de curso crônico e recorrente, frequentemente associado à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem estar, além de maior utilização dos serviços de saúde. Em sua intensidade pode ser leve, moderada ou grave (com ou sem sintomas psicóticos). A prevalência da doença nos Estados Unidos é de 16,2%, porém apenas 51,6% recebem tratamento específico e, deste último grupo, somente 41,9% recebem tratamento adequado. No Brasil a prevalência da doença entre pacientes internados em hospital geral é de 14%. O assunto é de especial importância na atenção primária, visto que 30 a 60% dos casos de depressão não são detectados pelos clínicos que atuam neste setor. [Brasil et al. \(2011\)](#)

Os motivos para o subdiagnóstico advêm de fatores relacionados aos pacientes e aos médicos. Os pacientes podem ter preconceito em relação ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento. Os fatores relacionados aos médicos incluem falta de treinamento, falta de tempo, descrença em relação à efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação "compreensível".([FLECK et al., 2009](#)).

Segundo dados do Ministério da Saúde ([BRASIL, 2006](#)) a prevalência de depressão em idosos, no Brasil, varia de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. A prevalência entre mulheres e homens encontra-se na proporção de 2:1 e idosos doentes ou institucionalizados também apresentam prevalências maiores. Idosos com depressão tendem a apresentar maior comprometimentos físico, social e funcional, afetando consideravelmente sua qualidade de vida.

Algumas considerações se fazem necessárias para explicar a alta vulnerabilidade do idoso ao acometimento por transtornos de humor, em especial a depressão. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do estatus ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Do ponto de vista biológico, na idade avançada é mais comum o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir sintomatologia depressiva ([PSIQWEB, 2016](#)).

A presença de limitações funcionais, comorbidades clínicas e disfunção cognitiva frequentemente resultam no subdiagnóstico [Shear et al. \(2005\)](#) e, nos atendimentos em atenção primária, os maiores problemas estão na diferenciação entre depressão e problemas psicológicos e sociais [Volkers et al. \(2004\)](#). O impacto social e econômico advindo do não reconhecimento e, conseqüentemente, do tratamento insatisfatório deste grupo de sujeitos é alto para pacientes e sociedade e justifica que esforços vigorosos sejam destinados para

---



---

Critérios para diagnóstico de episódio depressivo segundo a CID-10

---



---

*Sintomas fundamentais:*

- Humor deprimido
- Perda de interesse
- Fatigabilidade

*Sintomas acessórios*

- Redução da concentração e atenção
  - Diminuição da autoestima e da autoconfiança
  - Idéias de culpa e inutilidade
  - Visões desoladas e pessimistas do futuro
  - Idéias de suicídio, ou atos autolesivos ou suicídio
  - Perturbação do sono
  - Diminuição do apetite
- 

---



---

Critérios para diagnóstico de episódio depressivo segundo DSM-IV

---



---

Cinco ou mais dos seguintes sintomas por mais de 2 semanas:

- Humor deprimido
  - Perda de interesse ou da capacidade de sentir prazer
  - Perda ou ganho significativo de peso
  - Insônia ou hipersonia
  - Agitação ou retardo psicomotor
  - Fadiga ou perda de energia
  - Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada
  - Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão
  - Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.
- 

aprimorar o diagnóstico precoce e tratamento dos idosos deprimidos.

Para diagnóstico e classificação do Transtorno Depressivo, utiliza-se, mais comumente, os seguintes sistemas: Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde, 10a edição (1993) e o Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, 4a edição (1994). [Brasil et al. \(2011\)](#)

Os sintomas causam prejuízo significativo no desempenho social ou ocupacional, não se devem ao efeito fisiológico direto de uma substância ou uma condição médica geral e não são melhores explicadas por vivência de luto. A classificação da CID-10 depressivo divide o episódio depressivo em leve, moderado e grave, de acordo com os critérios preenchidos. Episódio leve: 2 critérios fundamentais e 2 critérios acessórios; episódio moderado: 2 critérios fundamentais e 3 a 4 critérios acessórios; episódio grave: 3 critérios fundamentais e 4 ou mais acessórios. [Brasil et al. \(2011\)](#)

A apresentação clínica da depressão em idosos tende a ser semelhante àquela presente

em outras faixas etárias [Nelson et al. \(2005\)](#). Os sintomas mais frequentes entre idosos deprimidos, são humor deprimido, perda de interesse no trabalho e atividades, ansiedade física, sintomas somáticos, redução da energia, ansiedade somática, sentimentos de culpa, insônia intermediária e terminal e ideação suicida ([BLAY; MARINHO, 2016](#)).

Existe uma evidência contundente na literatura de que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão aguda de moderada a grave, quer melhorando os sintomas (resposta), quer eliminando-os (remissão completa). O índice de resposta em amostras com intenção de tratamento (intention-to-treat) variam entre 50 a 65%, contra 25 a 30% mostrados por placebo em estudos clínicos randomizados. Uma revisão sistemática de tratamento antidepressivo em transtorno depressivo associado com doença física mostrou taxas de resposta semelhantes. Outra revisão de estudos de metanálise de pacientes deprimidos tratados em cuidados primários mostrou taxas de 50 a 60% de resposta, resultados semelhantes aos obtidos em amostras de pacientes psiquiátricos. Os antidepressivos não mostraram vantagens em relação ao placebo em depressões leves, pois uma boa resposta é observada em ambos [Fleck et al. \(2009\)](#).

Além do tratamento medicamentoso, os quadros de depressão no adulto, pelo menos os de intensidade leve a moderada, podem ser abordados exclusivamente com técnicas psicoterápicas. Nos casos graves, a psicoterapia também é eficaz, porém deve ser associada à farmacoterapia. A rigor, não existe uma abordagem à pessoa com diagnóstico de depressão que possa ser exclusivamente farmacológica, pois a relação psicoterapêutica do médico que prescreve o antidepressivo já implica um início psicoterápico. Mas há vantagens terapêuticas quando se utiliza a abordagem combinada em comparação à psicofarmacoterapia isolada. A diferença entre a combinação com psicoterapia com farmacoterapia comparada à psicoterapia com placebo foi de  $RR=0,25$  (IC 95% 0,03-0,46), correspondendo a um número necessário a ser tratado de sete pacientes. Também o índice de abandono é menor e adesão ao tratamento é maior, nos pacientes que receberam terapia combinada. O tratamento combinado é mais eficaz que o tratamento farmacoterápico isolado, com  $OR=1,86$  (IC 95% 1,38-2,52), sem diferenças significativas em relação ao tempo de tratamento. Recomenda-se, portanto, a utilização de alguma forma de psicoterapia, mesmo que simples apoio e orientação, em associação com o tratamento medicamentoso específico em pacientes adultos com depressão unipolar, pois há benefício estatisticamente comprovado no tratamento combinado. [Hetem et al. \(2011\)](#) Evidências recentes estabelecidas por estudos de revisão e metanálises mostraram eficácia no tratamento agudo das depressões para as seguintes formas de tratamentos psicológicos: psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia comportamental, psicoterapia interpessoal e psicoterapia de resolução de problemas. Outras psicoterapias também mostraram eficácia, embora sustentada por um menor número de estudos: psicoterapia breve, psicodinâmica, terapia de casal e aconselhamento [Fleck et al. \(2009\)](#).

Intervenções educativas constituem um grupo heterogêneo amplamente utilizado por

psiquiatras e médicos de família e comunidade, no tratamento de pacientes com depressão. Alguns estudos confirmam essa efetividade e apontam quais das múltiplas estratégias utilizadas são responsáveis pela efetividade. Recomenda-se, portanto, a utilização de técnicas educativas (NNT 7 por 6 meses) e terapia de solução de problemas (NNT 6 por 6 meses). A sigla NNT se refere à Número Necessário para Tratar, ou seja, NNT de 7, por exemplo significa que a terapia em questão beneficia 1 paciente a cada 7 tratados.

A disponibilidade de um serviço de saúde de referência, que na maioria dos países desenvolvidos é a atenção primária (APS), é comprovadamente uma maneira de disponibilizar um bom suporte para os problemas de saúde, dentre eles as situações de sofrimento e os sintomas depressivos [Hetem et al. \(2011\)](#)

Outra abordagem comprovadamente eficaz no tratamento da depressão, são os exercícios físicos aeróbicos e resistidos, nos casos de depressão leve a moderada como monoterapia ou terapia complementar. Há redução da gravidade dos sintomas depressivos em até 10 dias para os exercícios resistidos e em até 10 semanas para os aeróbicos. Os efeitos benéficos pode, durar até 10 meses e também diminuem a taxa de recaída. Em idosos, a monoterapia com exercícios físicos aeróbicos ou resistidos em programas educacionais de 16 semanas teve o mesmo benefício que o tratamento usual com antidepressivos. Embora o uso do antidepressivo facilite a rapidez da resposta, o exercício físico deve ser uma alternativa para idosos, pois não tem efeitos adversos e diminui as possíveis interações medicamentosas [Hetem et al. \(2011\)](#).

## 4 Metodologia

Para cada objetivo específico foi elaborada uma ou mais ações a serem desenvolvidas. Para cada ação foi escolhido o local para sua execução, selecionado o público alvo, elencados os recursos a serem usados e o profissional responsável e definido o prazo de realização. Essa organização garante um melhor desenho e entendimento da ação e maior facilidade na avaliação dos resultados esperados:

**Objetivo específico 1:** Identificar, na área de abrangência da UBS, os idosos que apresentam quadro depressivo, com ou sem diagnóstico prévio  
**Ação 1:** Anamnese direcionada em todas as consultas com idosos, a fim de identificar sintomas depressivos ou fatores de risco para depressão  
**Local de realização:** UBS, durante consulta médica  
**Público alvo:** Idosos que comparecem para consultas de rotina, especialmente aqueles poliqueixosos ou com múltiplas comorbidades  
**Recursos:** sala de consulta do posto de saúde  
**Responsável:** clínico geral da ESF (Equipe de Saúde da Família)  
**Prazo de execução:** janeiro a junho de 2016

**Objetivo específico 2:** Qualificar a assistência clínica e psicoterápica para os idosos com diagnósticos de transtorno depressivo.  
**Ação 1:** Promover encontros periódicos para psicoterapia em grupo para idosos com diagnóstico de depressão  
**Local de realização:** Salão paroquial da Igreja São Tiago Apóstolo, no bairro Santiago  
**Público alvo:** Idosos previamente diagnosticados com transtorno depressivo  
**Recursos:** Área física do salão paroquial da igreja, recursos adicionais para atividades gerais, conforme planejamento da psicóloga  
**Responsáveis:** Psicóloga do NASF auxiliada por ACS  
**Prazo de execução:** fevereiro a novembro de 2016

**Objetivo específico 3:** Promover atividades físicas, recreativas e de lazer para idosos portadores de transtorno depressivo ou com fatores de risco para o desenvolvimento da doença

**Ação 1:** Oferecer aulas de ginástica, alongamento e relaxamento para grupos de idosos previamente selecionados, semanalmente  
**Locais de realização:** Praça de lazer (com academia ao ar livre) e salão paroquial da Igreja São Tiago Apóstolo, no bairro Santiago  
**Público alvo:** Idosos com ou sem comorbidades, com condições físicas mínimas para realização de atividade física  
**Recursos:** academia ao ar livre (já existente na praça do bairro), colchonetes, bolas, rádio, etc.  
**Responsáveis:** Fisioterapeuta e Educador Físico do NASF com auxílio dos ACSs e do técnico de enfermagem da ESF  
**Prazo de execução:** fevereiro a dezembro de 2016

**Ação 2:** Formar grupos de idosos para realização de oficinas de artesanato, culinária, música, jogos e/outras, conforme interesse comum do grupo  
**Local de realização:** Salão Paroquial da Igreja São Tiago Apóstolo, bairro Santiago  
**Público alvo:** idosos (a partir de 60 anos)  
**Recursos:** a verificar, conforme necessidade específica de cada oficina  
**Respon-**

sáveis: Educador Físico do NASF, enfermeiro da ESF, auxiliar de enfermagem da ESF, ACSs e voluntários conforme oficina a ser realizada Prazo de execução: março a dezembro de 2016

Embora tenham sido elencados alguns profissionais responsáveis por determinadas ações, deve ser ressaltado que é necessário o envolvimento de todos os profissionais da ESF e do NASF. Para a organização das atividades a serem realizadas, bem como divisão de tarefas e avaliação após cumprimento das ações, são necessárias reuniões periódicas (mensais) com todos os profissionais envolvidos.

Faz-se necessário, também, solicitar, junto ao gestor, recursos financeiros para a compra dos materiais necessários para as aulas de ginástica, oficinas e, ainda, material complementar para as atividades de psicoterapia. Inicialmente, haverá necessidade de compra de materiais básicos, que serão utilizados durante todo o ano de programação, como colchonetes para ginástica, bolas, materiais de escritório, etc. Após a aquisição dos materiais básicos, a cada nova reunião para programação das atividades do mês seguinte, deverá ser elaborado novo orçamento para a compra, se necessário, de materiais específicos para uso nessas atividades. Além disso, na reunião mensal deve ser realizada prestação de contas dos recursos adquiridos.

## 5 Resultados Esperados

Considerando que o transtorno depressivo em idosos pode se expressar com diferentes manifestações clínicas, muitas vezes vistas como decorrentes de transtornos orgânicos ou simplesmente "tristeza", "desânimo" ou "inerentes à velhice" e considerando também os inúmeros fatores de risco para depressão existentes nessa fase da vida; inferimos que a doença ainda é subdiagnosticada no atendimento primário à esses pacientes. Dessa forma, o primeiro desafio é a identificação dos idosos acometidos pelos transtornos de humor, neste projeto em particular, a depressão. O diagnóstico precoce e adequado, possibilitando instituição do tratamento, acarretará melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes, bem como melhor adesão à tratamento de outras doenças crônicas (muito comuns com o avançar da idade), melhora de sintomas crônicos e inespecíficos relacionados à depressão e, conseqüentemente, diminuição do número de atendimentos desnecessários na UBS. É esperado, portanto, após desenvolvida a ação número 1 (diagnóstico), o aumento da incidência e prevalência de transtorno depressivo entre os idosos atendidos na unidade, pelo fato de, atualmente, a doença ser subdiagnosticada. Mais importante que o aumento desses indicadores é conhecer quem são os pacientes da comunidade que necessitam do tratamento Multiprofissional da referida doença.

Faz-se necessária a elaboração de uma lista com nome e dados de todos os pacientes da unidade, com 60 anos ou mais, com diagnóstico de depressão. Dessa forma, após o encaminhamento para psicoterapia e grupos de convivência, é possível controlar a adesão de cada paciente ao tratamento não medicamentoso e, futuramente, avaliar o impacto deste tipo de tratamento no tempo e na magnitude da melhora dos sintomas ou até cura da doença (inclusive de forma comparativa aos pacientes que optaram por tratamento medicamentoso exclusivo). Espera-se, nos padrões dos estudos acima apresentados (revisão de literatura), para os pacientes em tratamento combinado para depressão (medicamentoso e não medicamentoso-psicoterápico, exercícios físicos, grupos de convivência), maior eficácia do tratamento, diminuição do tempo para melhora dos sintomas, queda na taxa de recaída e na taxa de abandono do tratamento, entre outros benefícios que poderão ser observados ao longo do projeto. Espera-se, também, que alguns pacientes com quadro de depressão leve a moderada, possam, após estabilização clínica, realizar tratamento de manutenção exclusivamente não medicamentoso.



# Referências

- BLAY, S. L.; MARINHO, V. *Depressão na terceira idade: Como diagnosticar e tratar*. 2016. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3544](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3544)>. Acesso em: 10 Jan. 2016. Citado na página 19.
- BRASIL, M. et al. Depressão unipolar: diagnóstico. *Projeto diretrizes (Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar)*, p. 3–4, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL, M. da Saúde do. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19, p. 36–36, 2006. Citado na página 17.
- FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 7–17, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- GLOBO, S. de notícias. *Índice de infestação de dengue em Londrina diminui, mas ainda preocupa*. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2015/04/indice-de-infestacao-de-dengue-em-londrina-diminui-mas-ainda-preocupa.html>>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado na página 10.
- HETEM, L. et al. Depressão unipolar: Tratamento não farmacológico. *Projeto Diretrizes*, p. 3–17, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- MARTINI, J. G. et al. Assistência à atenção básica: Atenção integral à saúde do idoso. *Material Didático do Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica*, p. 49–54, 2013. Citado na página 13.
- NELSON, J. et al. Symptoms of late-life depression: frequency and change during treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, p. 6–6, 2005. Citado na página 19.
- PSIQWEB. *Depressão e Ansiedade no Idoso*. 2016. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>>. Acesso em: 06 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 17.
- SHEAR, K. et al. Depression in the elderly: The unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*, p. 1–13, 2005. Citado na página 17.
- VOLKERS, A. C. et al. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord.*, p. 63–63, 2004. Citado na página 17.