Universidade do Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Enfermagem
Curso de Graduação em Enfermagem

Nathália Karym Araújo Martins
Gabriela Joice Pinheiro Cardoso

Depressão x Envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura

Belém
2018

Nathália Karym Araújo Martins
Gabriela Joice Pinheiro Cardoso

Depressão x Envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade do Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Telma Eliane Garcia
Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Roseneide dos Santos Tavares

Belém-PA

2018

Dedicamos esse TCC para todos aqueles que nos ajudaram a fazer do nosso sonho realidade, nos dando força para que não desistíssemos de ir em busca do nosso objetivo. Muitos obstáculos foram impostos, mas graças a Deus, a nossa família, professores, amigos e colegas conseguimos concluir mais essa etapa. Obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar sou grata por tudo o que Deus tem me proporcionado desde o momento em que passei no vestibular, me guiando pelos os caminhos difíceis, me dando saúde e energia para continuar sempre. A Ti toda honra e toda glória.

Gratidão pela minha mãe, Maria José, companheira, guerreira, forte, compreensiva, que sempre me deu forças e incentivo para continuar nos momentos difíceis em que pensei em desistir. Amo-te mais que tudo.

Agradeço aos meus avós paternos, Raimunda e Eron, que me deram abrigo e conforto ao longo desses anos de graduação. E aos meus tios, Gileno e Lucinha, que também me abrigaram durantes períodos em que meus avós viajavam. Amo vocês e obrigada por tudo.

Obrigada também à minha família, minha irmã, minha avó materna, tios, primos, que sempre acreditaram e torceram por mim e pelo meu sucesso. Sou muito grata por ter vocês.

Sem amigos não somos nada. Obrigada aos amigos que fiz dentro e fora do curso, os subgrupos em que participei, as “mimosas” com quem passei por momentos maravilhosos e também difíceis, e os meus amigos de fora da graduação que sempre comemoraram comigo minhas vitórias e apoiaram nas derrotas. Sou grata pelo companheirismo de vocês.

Muito obrigada também à minha dupla, Nathalia, pela ajuda nessa reta final, e ao seu namorado, Eraldo, nosso “coorientador” informal. Sem vocês eu não teria conseguido. Vocês são incríveis.

Gratidão à minha orientadora Telma Garcia e à coorientadora Roseneide Tavares, pela transmissão de novos conhecimentos e pela paciência que tiveram com a gente nesse curto período que tivemos para concluir nosso trabalho.

Por fim, agradeço aos professores, minha amada Faculdade de Enfermagem e a querida UFPA por todo conhecimento que obtive nesses quatro anos e meio.

Gabriela Joice P. Cardoso

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela força e coragem durante toda essa minha caminhada, por todas as benções alcançadas até aqui, não sei o que seria de mim senhor, sem tua presença, amor e zelo para com está sua filha.

Aos meus pais, Raimundo Nonato e Patrícia Helena, por sempre acreditarem e confiarem no meu potencial, embarcarem junto comigo em meus sonhos e nunca terem me deixado desistir, só tenho a agradecer a vocês por todo o apoio, incentivo e amor incondicional que vocês têm para comigo.

A minhas irmãs Paula e Nonata Martins, minha avó Maria Hilda e aos demais familiares, obrigada por sempre estarem comigo, me apoiando e acreditando no meu sucesso. Também quero agradecer em especial aos meus tios Ângelo Alho e Elisangela Benassuly por terem acreditado no meu potencial, por terem me abrigado aqui em Belém, dando a oportunidade de estudar, vocês também fazem parte dessa Vitoria

A minha orientadora Prof.ª Telma Garcia, pela paciência e ensinamentos, na construção desse trabalho, obrigada por ter nos aceitados como orientandas.

A minha dupla Gabriela Joice, por ter embarcado nesse projeto junto comigo e por toda ajuda na construção dele. Meu muito obrigado.

Aos amigos conquistados na graduação Suzayne Leal, Ricky Falcão, Victoria Malcher, Gabriela Campos, Gabriela Farias e Dhiuly Fernandez por compartilharem comigo, conhecimentos, ensinamentos, amizade, suas vidas e por terem me acolhido em vários momentos difíceis, vocês contribuíram para que essa jornada se tornasse mais fácil.

Ao meu namorado, companheiro e melhor amigo Eraldo Moreira, por toda compreensão, carinho e amor para comigo, por ter me consolado nas diversas crises de choro durante esse perdido, por ter sido também uma peça chave na construção desse trabalho, por nunca ter me deixando desistir ou desanimar ao longo desses anos, por muitas vezes ter segurado minha mão, dizendo que tudo iria dar certo, esse trabalho também é seu meu amor. Te amo.

Meu muito obrigada também a Dona Tânia, Dona Laura, Thiana, Mauricio, Thiago e toda a família santos, por todo apoio, compreensão e paciência comigo durante essa jornada, vocês fazem parte da minha família.

Gratidão a todos que torceram e contribuíram direto ou indiretamente para que posasse chegar ao fim dessa trajetória.

Nathália Karym Araújo Martins

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

A mudança na estrutura da pirâmide populacional e o aumento da expectativa de vida, nos mostra o grande aumento da população idosa. Esta é uma fase do curso da vida marcada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem todos os indivíduos, se caracteriza como um momento de reflexão, em que o idoso percebe que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, se tornando um momento de maior vulnerabilidade para que ele desencadeie um quadro depressivo. Diante disso e por ser um tema atual, passamos a nos inquietar com a possível correlação entre o processo de envelhecer e a depressão. Nesse sentido, fizemos um mapeamento dos artigos acadêmicos no período de 2013 a 2017 para melhor entender quais são os fatores determinantes e quais os fatores protetivos do quadro depressivo em idosos. A pesquisa foi realizada segundo produções científicas publicadas nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) por meio de consulta a publicações e posteriormente leitura crítica dos títulos e resumos. Após a leitura dos textos relacionados ao tema da pesquisa, definiram-se duas categorias de análise: fatores predisponentes e determinantes do quadro depressivo em idosos e fatores protetivos para prevenir ou amenizar o quadro depressivo em idosos. Os fatores levantados nos levaram a perceber que devemos ter uma visão global do idoso, olhar o processo de envelhecimento como um todo, sem realizar uma separação dos aspectos psicossociais com o do biológico. O presente estudo tem como intuito contribuir para que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, tenham uma visão mais abrangente sobre o tema e a importância do conhecimento sobre transtorno depressivo, diferenciando tal patologia do processo natural do envelhecimento, assim intervindo de maneira adequada e ideal sobre o idoso, buscando a sua melhora, maior autonomia e uma maior qualidade de vida.

Palavras chaves: Depressão. Idosos. Envelhecimento.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO 8
2 – JUSTIFICATIVA 10
3 – PROBLEMA 11
4 – OBJETIVO 12
4.1 – Objetivo Geral 12
4.2 – Objetivo Especifico 12
5 – REFERENCIAL CONCEITUAL 13
5.1 – Caracterizando a depressão 13
5.2 – O envelhecer na atualidade 14
6 – METODOLOGIA 17
7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO 19
7.1 – Fatores predisponentes e determinantes do quadro depressivo em idosos 19
7.1.1 – Gênero 19
7.1.2 – Abandono e/ou isolamento social 20
7.1.3 – Fatores socioeconômico 21
7.1.4 – Diminuição da capacidade funcional 22
7.2 - Fatores protetivos para prevenir ou amenizar o quadro depressivo em idosos 23
8 – CONCLUSÃO 26
REFERÊNCIAS 28
Apêndice A – Distribuição de artigos 30
Anexo A – Quadro com critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior com base no DSM-V. 34

1 – INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo vem crescendo na atualidade e apesar dos esforços ainda existe um estigma muito grande que envolve tal transtorno.

Em termos mundiais, estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade em saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão.

De acordo com Teodoro (2010), a depressão é um transtorno mental, causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida.

Sadock e Sadock (2017) nos diz que o episódio depressivo maior deve durar pelo menos duas semanas, e normalmente uma pessoa com esse diagnóstico também experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista (Anexo A) que inclui alterações no apetite e peso, alterações no sono e na atividade, falta de energia, sentimento de culpa, problemas para pensar e tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Segundo Lampert e Scortegagna (2017) nos idosos, os quadros depressivos apresentam particularidades na expressão dos sintomas, como humor depressivo menos evidente; enquanto anedonia[1], ausência de afeto positivo, irritabilidade, ansiedade e maior preocupação com a incapacidade cognitiva e sintomas somáticos, podem ser mais comuns. Os sintomas somáticos podem ser entendidos como sinais clínicos vindo do corpo. A depressão em idosos pode ser entendida como uma interação entre vulnerabilidades, incluindo fatores genéticos, neurobiológicos, cognitivos, afetivos e sociodemográficos.

A demência e a depressão estão entre os sofrimentos psíquicos que mais comprometem a qualidade de vida do idoso. A depressão é um problema de saúde de grande importância na terceira idade, principalmente porque o suicídio – uma das mais sérias consequências da depressão – está entre as dez causas de morte entre idosos e a prevalência de estado depressivo em pessoas idosas tem sido registrada como quatro vezes maior do que na população em geral. (GONÇALVES; OLIVEIRA; CUNHA, 2007)

Estudos epidemiológicos nacionais, de base populacional, apontam uma prevalência de sintomas depressivos variando entre 18 e 27,5% em idosos

1 - Anedonia é a dificuldade ou incapacidade de uma pessoa em sentir prazer ou se motivar a realizar atividades que antes eram prazerosas.

residentes na comunidade e assinalam para um aumento na prevalência, chegando até a 52% em idosos atendidos em serviços de saúde das atenções primária e secundária. (LAMPERT; SCORTEGAGNA, 2017)

O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres que depende e será influenciado por múltiplos fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros) conferindo a cada um que envelhece características particulares (SOUZA; SKUBS; BRETAS, 2007). O envelhecimento é a etapa da vida em que se observa o “balanço” do vivido e o confronto com as limitações físicas decorrentes, sendo difícil a conceituação de “envelhecimento bem-sucedido”. (NEVES et al, 2013)

Entre 2020 e 2025, estima-se que o Brasil seja o 6º país no mundo em número de idosos, com 30 milhões de indivíduos acima dos 60 anos, aproximadamente 12,4% da população, além de uma projeção de aumento de 700% dos indivíduos acima de 50 anos.

Estima-se que, para o ano de 2050, existirão dois bilhões de pessoas com 60 anos e mais em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil o ritmo de envelhecimento é mais rápido, e, por esta razão, acredita-se que esta população aumente quatro vezes mais nos próximos 50 anos. (BRITO; BRITO; OLIVEIRA, 2015)

2 – JUSTIFICATIVA

O estudo se fez necessário para demonstrar um conhecimento mais aprofundado sobre este assunto para todos os profissionais envolvidos no cuidado do idoso, saber discernir sobre transtorno depressivo e características naturais do envelhecimento é imprescindível, bem como levantar alternativas para realizar uma melhor prestação de serviço, com objetivo de trazer uma maior qualidade de vida para a população idosa.

A busca por informações é um exercício constante na pratica dos profissionais de saúde. Quando falamos de Transtorno Depressivo, vale ressaltar que é uma patologia que vem crescendo em grande escala no cenário de doenças mais incapacitantes e atinge todas as classes sociais, níveis de escolaridade, idades e raças.

Estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa específica de incapacitação nos países desenvolvidos e a primeira causa nos países em desenvolvimento. (HORTA; FERREIRA; ZHÃO, 2010)

O estigma que rodea a depressão ainda é muito persistente nos dias de hoje, apesar de ser uma patologia cada vez mais presente na atualidade, existe a presença do preconceito muito grande quando falamos de pessoas com transtorno mental.

A depressão é um enorme “buraco” e sua escalada não é nada animadora quando vista lá do fundo. Na maioria das vezes, o restabelecimento do equilíbrio emocional depende do apoio familiar e de ajuda profissional. (TEODORO, 2010)

De acordo com Horta; Ferreira; Zhão (2010) este transtorno psíquico é muito comum entre idosos. Alguns estudos revelam que sintomas depressivos ocorrem em 14,7% dos idosos vivendo em comunidade. No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%. É uma doença potencialmente fatal, pois pessoas idosas apresentam risco de suicídio maior do que pessoas jovens.

3 – PROBLEMA

A mudança na estrutura da pirâmide populacional e o aumento da expectativa de vida, nos mostra o grande aumento da população idosa.

Esta é uma fase do curso da vida marcada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem todos os indivíduos, se caracteriza como um momento de reflexão, em que o idoso percebe que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. Esse contexto em que o idoso vivencia perdas em vários aspectos da vida se torna um momento de maior vulnerabilidade para que ele desencadeie um quadro depressivo, vários fatores podem contribuir para uma desordem psiquiátrica, como, por exemplo, o isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação, pobreza, viuvez e internação em serviços de longa permanência. (ASSIS; GUIMARÃES, 2014)

Durante o período acadêmico percebemos nos atendimentos realizados à população idosa uma grande lacuna que era deixada durante a abordagem dos profissionais acerca da saúde mental da população e sua situação vida, o foco geralmente era em doenças crônicas especificas, tais como diabete mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Diante disto, passamos a nos inquietar sobre a ausência ou pouca importância dada sobre a temática depressão na população idosa, por ser um tema atual, passamos a nos interessar com a possível correlação entre o processo de envelhecer e a depressão. Partindo desse pensamento formulou-se o seguinte questionamento:

Quais os fatores são predisponentes ou determinantes de quadro depressivo em idosos?

4 – OBJETIVO

4.1 – Objetivo Geral

Realizar uma revisão integrativa de literatura sobre possíveis correlações entre o processo de envelhecimento e o transtorno depressivo.

4.2 – Objetivo Especifico

Sinalizar os fatores predisponentes ou determinantes do quadro depressivo em idosos

Sinalizar os fatores protetivos para prevenir ou amenizar o quadro depressivo em idosos.

5 – REFERENCIAL CONCEITUAL

5.1 – Caracterizando a depressão

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade, atualmente cerca de 322 milhões de pessoas no mundo sofrem com tal transtorno, e em seu último relatório, no ano de 2015, 5,8% da população brasileira estão sofrendo com transtornos depressivos.

Um levantamento do IBGE no ano de 2013 relatou que o transtorno depressivo tem uma maior prevalência entre: as mulheres, faixa etária de 60 a 64 anos, pessoas com ensino superior completo, aqueles que residem em áreas urbanas e entre os brancos. Em relação à região norte, dentre as outras regiões, foi a que apresentou menor prevalência, sendo dentre todas as Uniões Federativas, o estado do Pará aparece com o menor índice.

De acordo com Chaimowicz (2013):

> "A depressão se diferencia da tristeza por ser persistente (dura semanas, meses ou anos) e por interferir significativamente na vida social, profissional e na saúde dos pacientes. Em idosos, frequentemente a depressão assume formas frustras, mais discretas. Deste modo, pode ser erroneamente confundida com sintomas de outras doenças e até mesmo considerada um aspecto habitual do envelhecimento".

O transtorno depressivo maior é classificado como um transtorno depressivo de humor ou afetivo. O humor pode ser definido como uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo. (SADOCK; SADOCK, 2017)

Segundo Sadock e Sadock (2017):

> "Diversos adjetivos são usados para descrever o humor: deprimido, triste, vazio, melancólico, angustiado, irritável, desconsolado, excitado, eufórico, maníaco, jubiloso e muitos outros, todos de natureza descritiva. Alguns podem ser observados pelo médico (p. ex., um rosto infeliz), e outros podem ser sentidos apenas pelo paciente (p. ex., desesperança). Outros sinais e sintomas de transtorno do humor incluem mudanças no nível de atividade, nas capacidades cognitivas, na fala e nas funções vegetativas (p. ex., sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos). Esses transtornos quase sempre resultam em comprometimento do funcionamento interpessoal, social e ocupacional".

Segundo Guedes et al. (2005) depressão tem origem interna por alterações de neurotransmissores, e também tem caráter ambiental reativo, onde o ambiente pode desencadear um quadro depressivo.

A OPAS/OMS (2016), afirma que a depressão maior em idosos pode diferir da que se apresenta em adultos mais jovens, em termos de etiologia, manifestações, tratamento e desfechos. A depressão também piora o prognóstico de outras doenças, por interferir na qualidade do autocuidado. (CHAIMOWICZ, 2013)

De acordo com Stopa et al (2015), a depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nos relacionamentos sociais. Segundo a OMS, os baixos níveis de reconhecimento e falta de acesso a tratamentos para depressão e ansiedade, levam a uma perda econômica global estimada de mais de um trilhão de dólares americanos a cada ano.

A depressão é uma das condições prioritárias cobertas pelo Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O programa visa ajudar os países a aumentar os serviços prestados às pessoas com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, por meio de cuidados providos por profissionais de saúde que não são especialistas em saúde mental. A iniciativa defende que, com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação, dezenas de milhões de pessoas com transtornos mentais, incluindo depressão, poderiam começar a levar uma vida normal - mesmo quando os recursos são escassos.

Segundo a OPAS/OMS (2016):

> “A depressão que necessita intervenção é encontrada em 10% das pessoas acima de 60 anos. Em mais da metade dessas pessoas, os sintomas são recorrentes. Em idosos que vivem em instituições geriátricas, a depressão é encontrada em mais de 40% dos residentes. Em muitos casos, os cuidadores não reconhecem a depressão”.

Chaimowicz (2013) diz que educar o paciente e a família é um aspecto fundamental do tratamento da depressão. Depressão é um diagnóstico dos “tempos modernos”, ao quais muitos idosos não estão acostumados.

5.2 – O envelhecer na atualidade

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia,

ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. (Brasil 2007)

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) até o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, sendo a maioria dessas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, a população vem envelhecendo em ritmo acelerado nas últimas três décadas, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos no pais e que essa população em 2030 chegará a 41,6 milhões. (ALVES, 2014, MAFRA et al., 2013)

Em razão das dimensões territoriais do Brasil e das diferenças sociais, econômicas e culturas, este crescimento não vem se apresentando de forma uniforme nas cinco regiões geográficas do país. A heterogeneidade da concentração de idosos por regiões pode ser claramente percebida nos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010). A maior parte dessa população está concentrada na região sudeste (46,25%) e Nordeste (26,5%). As regiões Centro Oeste (6%), Sul (16%) e Norte (5,25%) são responsável por 27,27% do total da população idosa brasileira. (MAFRA et al.,2013)

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. (MENDES, 2011)

O envelhecimento é uma parte inevitável do ciclo da vida, e leva o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica através de um conjunto de alterações morfofuncionais, bioquímicas, psicológicas, econômicas, sócias, culturas entre outras. Podendo interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, comprometendo sua qualidade de saúde e vida do mesmo.

Neste sentido, é imprescindível à qualidade do cuidado relevar o papel da família do idoso, uma vez que ela está presente no dia-a-dia do mesmo, tendo que lidar com o processo de envelhecimento e com os problemas que o idoso pode desenvolver.

Sabemos que a vida em todo seu processo traz fases mais ou menos conturbadas, marcadas por crises, sendo que nem todos sabem trabalhar com as mesmas, como ocorre, por exemplo, com a adolescência e com a velhice. Tendo em uma mesma casa pessoas de gerações diferentes é necessário maior atenção sobre como as possíveis diferenças entre os membros podem vir a interferir na dinâmica familiar.

6 – METODOLOGIA

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, aplicando-se um método sistematizado, amplo e acurado. Através desde método, é possível construir e sintetizar conhecimentos por meio da análise dos resultados apresentados nos diferentes estudos (Roman, Friedlander, 1998). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) este tipo de revisão agrupa pesquisas já realizadas sobre determinado assunto e constrói conclusões a partir de diferentes estudos, que investigam problemas semelhantes.

As revisões também são necessárias para iniciantes em pesquisa em uma definida área do conhecimento, pois constituem-se basicamente, de análise das publicações na interpretação crítica e pessoal do autor, com uma carga de subjetividade consciente ou inconsciente, determinada pelas escolhas pessoais que revelam uma preocupação específica no modo de compreender e direcionar o processo de produção científica. Assim que nas revisões o argumento não é apenas o resultado do movimento da lógica, mas considera a intuição, a reflexão como fontes de inspiração. (NÓBREGA-THERRIEN; THERRIEN, 2004)

Atendendo ao primeiro critério da revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora desse estudo: Quais fatores são predisponentes ou determinantes de quadro depressivo em idosos?

A pesquisa foi realizada segundo produções científicas publicadas nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) por meio de consulta a publicações e posteriormente leitura crítica dos títulos e resumos.

Como critérios de inclusão das referências bibliográficas, foram utilizados trabalhos publicados no idioma português, nas bases de dados disponíveis LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da saúde) e Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, no período de 2013-2017, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e texto disponíveis na integra na internet. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Depressão; Idosos; Envelhecimento, utilizando-se o operador boleano AND.

A busca na base de dados, ao utilizar dos descritores selecionados, apresentou 3180 publicações, após a aplicação dos critérios de inclusão foram encontrados 63 artigos, sendo 8 destas publicações eliminadas por mostrar-se duplicado, restando

um total de 55 trabalhos para análise dos resumos. Após leitura de forma crítica, 20 artigos foram selecionados para serem lidos na integra e posteriormente ser realizada a discussão.

Os artigos selecionados foram distribuídos e organizados em ordem cronológica em um quadro (Apêndice A) contendo as seguintes variáveis: título dos artigos, autores, nome da revista, base de dados, ano de publicação.

7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos textos relacionados ao tema da pesquisa, de acordo com os interesses específicos das pesquisadoras para futuros estudos, foram definidas de acordo com o maior número de citações dentre os artigos e com objetivo de responder ao objetivo do trabalho, surgiram duas categorias de análise: fatores predisponentes e determinantes do quadro depressivo em idosos, este dividido em outras quatro subcategorias para melhor analise (gênero, abandono e/ou isolamento social, fatores socioeconômicos e diminuição da capacidade funcional), e fatores protetivos para prevenir ou amenizar o quadro depressivo em idosos.

7.1 – Fatores predisponentes e determinantes do quadro depressivo em idosos.

7.1.1 – Gênero

Minayo e Cavalcante (2013) afirmam que a depressão está internacionalmente mais referida entre mulheres idosas que em homens idosos, o que é confirmado em estudos brasileiros.

O maior número de mulheres evidencia o advento da feminilização do envelhecimento. A feminilização da velhice não está relacionada apenas ao aumento do número de mulheres idosas na população em geral. Outros fatores que contribuem para este fenômeno são: maior longevidade feminina, participação efetiva das idosas economicamente ativas e, maior número de idosas na condição de chefes de família. No entanto, as mulheres envelhecem com taxas mais altas de doenças crônicas, incapacidade física, déficit cognitivo, dor, depressão, fadiga, estresse crônico, consumo de medicamentos, quedas e hospitalização. (TESTON; CARREIRA; MARCON. 2014)

Suas causas são orgânicas, ambientais ou circunstanciais: endógenas, relativas à predisposição hereditária; exógenas, relacionadas a fatores ambientais e psicogênicas, como reação psicológica desencadeada em resposta a um evento precipitante. (MINAYO; CAVALCANTE, 2013)

Borges et al (2013) evidenciou em sua pesquisa acerca dos fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos, que ser do sexo feminino é um fator de risco. Corroborando com esse fator, Lampert e Scortegagna (2017) em seu estudo apresentaram resultados semelhantes, apontando o sexo feminino com maiores predisposições para o surgimento da depressão. Paula et al (2013) reforçou que

apesar de uma maior prevalência neste gênero, não existe uma diferença significativa do ponto de vista estatístico.

Minghelli et al. (2013) comparou em seu estudo idosos de um grupo sedentário e de um grupo ativo, concluiu que os níveis de ansiedade e/ou depressão foram mais prevalentes no gênero feminino em ambos os grupos, apesar de a diferença entre os gêneros no grupo sedentário ter sido pequena.

Segundo Tomomitsu, Perracini e Neri (2013), mulheres idosas tendem a ter mais doenças crônicas, incapacidades e sintomas depressivos, assim como tendem a exibir níveis mais baixos de satisfação com a vida do que os homens idosos. Skopinski, Resende e Schneider (2015), afirmam que as mulheres mais insatisfeitas com a imagem corporal apresentaram escores mais elevados de sintomas sugestivos de depressão.

Outro dado importante levantado por Tomomitsu, Perracini e Neri (2013), são os níveis mais altos de estresse e maior susceptibilidade aos efeitos deletérios da prestação de cuidados foram observados em mulheres em comparação com homens, particularmente na presença de apoio social insuficiente.

De acordo com Minghelli et al. (2013), a doença depressiva é diagnosticada duas vezes mais nas mulheres devido a uma maior frequência de ida a consultas médicas e a maior adesão a tratamentos de saúde, que consequentemente conduz a uma maior detecção desses casos.

Além disso, as mulheres têm maior probabilidade de admitir, ou verbalizar seus sentimentos que os homens; estes, na maioria das vezes, tendem a negar seus sentimentos ou utilizar recursos como alcoolismo e tentativas de suicídio. (AGUIAR et al., 2014)

Paula et al. (2013) afirma que predominância de mulheres idosas corrobora a denominada “feminilização da velhice”, fato crescente no Brasil, que é acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico e assistencial. Dessa forma, novas demandas surgem especialmente no tocante às especificidades do planejamento do cuidado à saúde da mulher idosa.

7.1.2 – Abandono e/ou isolamento social

Lampert e Scortegagna (2017) afirmaram que viver sozinho, ser viúvo ou solteiro são fatores que estão diretamente associados à depressão em idosos. Resultado semelhante ao que Borges et al (2013) apontou em sua pesquisa, quando falou que

viver só está associado a sintomatologia depressiva. Pois, segundo Tomomitsu et al (2013), idosos que recebem menor apoio social em geral (família, profissionais da saúde, cuidadores) tendem a manifestar uma saúde subjetiva comprometida, apresentando mais sintomas depressivos e maior procura por serviços de saúde, em muitas vezes, relatando sintomas vagos que não correspondem com a realidade do idoso.

Em contrapartida, Sérvio e Cavalcante (2013) relacionam os sintomas depressivos com a dinâmica familiar conturbada, relações afetivas fragilizadas, solidão, falta de sentido para a vida, além de associar também à perdas de pessoas importantes, como companheiros e/ou filhos, o que segundo Santos e Santos (2015) pode lhes trazer sentimento de tristeza, medo e desamparado se o suporte social recebido não for adequado.

Além disso, Santos e Santos (2015) também associaram a depressão a uma série de fatores exógenos, levando-os a sofrer discriminação e preconceito devido ao afastamento dos papéis sociais e profissionais, e como consequência o isolamento social e familiar.

7.1.3 – Fatores socioeconômico

Somando-se aos fatores citados, estão igualmente associados à depressão o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade. Esse fato também foi reafirmado por Aguiar et al (2014), que associam, diretamente, a depressão em idosos com os seus fatores sociodemográficos e condições de saúde. Além disso, relacionam também aos fatores socioculturais associados a maior vulnerabilidade social e a eventos estressores.

Minayo e Cavalcante (2013), diferenciam os fatores predisponentes à depressão entre homens e mulheres, e afirmam que para os homens os fatores econômicos e a aposentadoria, quando os laços profissionais e relacionais se quebram, e quando o status de poder começa a mudar dentro e fora do ciclo familiar, são a base dos sentimentos depressivos. Já para as mulheres, os autores indicam serem as perdas afetivas e ambientais que estão mais relacionadas à depressão.

Por outro lado, Borges et al (2013) e Leal et al (2014) evidenciam que a sintomatologia depressiva destaca-se principalmente em pessoas de baixa renda e pouca escolaridade.

Em um estudo realizado por Garbaccio, Garcia e Cândida et al (2013), os fatores socioeconômicos e demográficos que mais estão interligados à presença dos sintomas da depressão estão a falta de ocupação, condições precárias de moradia e a pouca participação na sociedade. Além disso, o nível de escolaridade pode estar relacionado com as alterações de humor, pois quanto melhor o grau escolar mais oportunidades a emprego, melhorar a renda, programas educacionais e melhores condições de vida.

7.1.4 – Diminuição da capacidade funcional

De acordo com Nascimento et al. (2013) a depressão é um dos principais problemas de saúde pública caracterizada por uma redução crônica do humor e da capacidade de experimentar sensações prazerosas. Enquanto alguns estudos indicam o comprometimento funcional como um fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos em idosos, outras evidências suportam a ideia de que tais sintomas possam predizer a perda da funcionalidade.

Trindade et al. (2013) relata que a diminuição da capacidade funcional pode levar ao aparecimento da depressão, uma vez que sua vida social e as atividades de lazer seriam também limitadas. Os estados depressivos se correlacionam a baixo desempenho cognitivo ao longo da vida e influenciam de maneira negativa a funcionalidade dos idosos. (PAULA et al., 2013)

Vargas, Lara, Mello-Carpes (2014) afirmam que estilo de vida mais inativo nos aspectos físicos, cognitivos e sociais, representa fator de risco para a aceleração das perdas cognitivas que acompanham o processo de envelhecimento, assim como estas variáveis também estão associadas com o desenvolvimento de depressão em indivíduos idosos

Em relação à análise dos fatores associados à incapacidade funcional, foi possível notar que ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, estar insatisfeito com a vida, ter sido hospitalizado no último ano e ser portador de doença cardíaca ou depressão são características que aumentam as chances de o idoso ter algum nível de dependência funcional. (JUNIOR et al., 2016)

Segundo Paula et al. (2013) a sintomatologia depressiva é um importante componente na avaliação global do idoso. Uma característica da depressão em idosos é que, com frequência, ela surge em um contexto de associação com outras doenças crônicas, isolamento social e comprometimento da qualidade de vida.

Pelarigo et al. (2014) diz que a depressão é a alteração emocional mais frequente em pessoas que sofrem de doença crônica, uma vez que esta compromete a funcionalidade do indivíduo, bem como sua adaptação à vida social. Quanto à presença de doenças, a literatura revela que diversas doenças estão associadas à depressão, principalmente as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e outras síndromes dolorosas crônicas, principalmente porque essas patologias estão correlacionadas à perda da funcionalidade física ou cognitiva. (MINGHELLI et al., 2013)

Segundo Neves et al. (2013) a depressão está associada ao declínio do bem-estar e do funcionamento diário, o aumento de morbidade, mortalidade e utilização de serviços de saúde, superando doenças cardiovasculares (entre elas do acidente vascular cerebral [sic] e insuficiência cardíaca coronariana) na associação com a incapacidade funcional. Idosos com depressão crônica não tratada têm até cinco vezes mais chances de piora de incapacidade em três anos.

Saraiva et al. (2017) afirma que a perda funcional ainda se constitui como uma condição de atenção ao cuidado de enfermagem para com idosos, porquanto pode causar fraturas, síndrome da imobilidade, aumento do grau de dependência, dentre outras questões referentes ao processo de senilidade.

De acordo com Teston, Carreira, Marcon (2014) é importante que os profissionais identifiquem precocemente estes idosos e desenvolvam estratégias de fortalecimento de vínculo, com o objetivo de impedirem a evolução do quadro e contribuir com a promoção da saúde mental e qualidade de vida.

7.2 - Fatores protetivos para prevenir ou amenizar o quadro depressivo em idosos

A conscientização sobre o diagnóstico da depressão, no contexto institucional, por parte dos técnicos responsáveis pelos cuidados, é de fundamental importância. O reconhecimento da depressão em idosos deve contribuir para a elaboração de estratégias, favorecendo a efetividade do tratamento e, consequentemente, a melhoria na Qualidade de Vida dos Idosos. (LEAL et al, 2014)

Minayo e Cavalcante (2013) recomendam que os homens se mantenham ocupados, mesmo depois da aposentadoria. Ressaltam que os idosos, mesmo após os 65 anos, são capazes de se manter em seus campos profissionais, não pelo trabalho em si, mas pelas relações interpessoais e responsabilidades sociais. Já com

relação às mulheres, deve-se ajudá-las a desenvolver talentos pessoais e incentivá-las a se inserirem em diversas atividades comunitárias. Os autores complementam que é indispensável os familiares possuírem atitudes compreensivas e retributiva, que cuidem dos idosos para que eles não se sintam um fardo para sua família.

Segundo Santos e Santos (2015), os profissionais da saúde devem compreender quais tarefas ocupacionais que os idosos desempenharam ao longo da vida e se os sintomas da depressão estão afetando seu comportamento, para assim desenvolver estratégias de promoção e cuidado em saúde, como a criação de recursos para que esse idoso tenha mais participação social e realize suas atividades cotidianas com êxito. Assim como Saraiva et al (2017), que recomendam a promoção de grupos de conivência entre idosos, com dinâmicas e oficinas que busquem abordar o envelhecimento ativo e saudável, além de envolver individuo, família e sociedade.

Diante desse cenário, estratégias voltadas à identificação dos fatores associados à depressão podem ajudar os diversos profissionais dos serviços de saúde, em equipes multidisciplinares/interdisciplinares, inseridos em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária), a compreender a realidade desses indivíduos, diagnosticar e propor intervenções mais precoces e adequadas. (AGUIAR et al., 2014)

De acordo com Teston, Carreira, Marcon (2014), os profissionais de enfermagem devem identificar precocemente os idosos que possuem sintomas depressivos para então desenvolverem estratégias que impeçam a evolução do quadro e ajudem a melhorar a qualidade de vida do idoso. Destacam ainda, que o enfermeiro precisa estar seguro e empoderado a respeito dos sintomas da depressão, para realizar um acolhimento humanizado e integral, conseguindo o direcionamento adequado para a prevenção de agravos desse transtorno.

Entretanto, não é só o enfermeiro que pode ajudar na prevenção da depressão em idosos. Tomomitsu, Perracini, Neri (2013), reforçam ser de grande necessidade investimentos públicos e privados que propiciem melhores condições econômicas, de boa saúde e de bem-estar psicológico aos idosos. Além disso, incluem a atenção econômica, social, educacional e psicológica também às famílias dos idosos, pois elas desempenham o papel central que é o de atender as necessidades dos mais velhos.

O enfermeiro e todo a equipe multiprofissional responsável pelos cuidados do paciente deve ter conhecimento de suas particularidades, o que inclui a situação socioeconômica desse idoso, pois só assim poderá identificar suas necessidades e vulnerabilidades sociais e executar intervenções adequadas de apoio emocional.

8 – CONCLUSÃO

O transtorno depressivo ainda é muito estigmatizado apesar do seu crescente número de caso. Esta patologia não afeta somente a pessoa acometida, mas todo seu meio familiar e social em que se encontra. A depressão que tem como algumas características humor depressivo, anedonia, irritabilidade e isolamento, muitas vezes é confundida como o processo natural do envelhecimento, discernir entre o processo fisiológico e o patológico, devem fazer parte das competências e do conhecimento da equipe envolvida.

De acordo com as literaturas levantadas e com o objetivo proposto, observamos quatro possíveis categorias de fatores predisponentes para o surgimento da depressão em idosos, sendo elas classificadas pelo gênero, abandono e/ou isolamento social, fatores socioeconômicos e diminuição da capacidade funcional. Tais fatores nos levaram a perceber que devemos ter uma visão global do idoso, olhar o processo de envelhecimento como um todo, sem realizar uma separação dos aspectos psicossociais com o do biológico. Vale ressaltar, que cada pessoa deve ser avaliada e tratada de uma maneira particular, pois o processo de envelhecimento é composto de influências externas e internas de cada indivíduo.

A população idosa precisa ser inserida em grupos de atividades terapêuticas, pois a maioria dos casos que apresentam quadro depressivo não necessitam de tratamento medicamentoso, mas precisam de intervenções que possam dar resolutividade aos fatores predisponentes.

Diante disso, o enfermeiro ao fazer parte da equipe de trabalho pode utilizar da primeira etapa da sistematização de enfermagem, a coleta de dados, para levantar possíveis fatores de riscos, como os descritos, e assim minimizar ou oferecer uma assistência adequada e individualizada ao idoso portador desse transtorno.

Estes levantamentos se tornam oportunos como fator de prevenção à depressão, uma vez que o enfermeiro pode contribuir para realizar devidos encaminhamentos, além de realizar capacitações, palestras, rodas de conversas com os profissionais que lidam diretamente com esse público, bem como com a população idosa, pois para muitos o termo depressão é novo ou desconhecido.

O presente estudo tem como intuito contribuir para que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, tenham uma visão mais abrangente sobre o tema e a importância do conhecimento sobre transtorno depressivo, diferenciando tal patologia

do processo natural do envelhecimento, assim intervindo de maneira adequada e ideal sobre o idoso, buscando a sua melhora, maior autonomia e uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR AMA et al. **Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(4):853-866.

ALVES, JED. **Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento**. Revista Portal de Divulgação, (40), 2014.

ASSIS, TA; GUIMARÃES, CM. **Processo De Envelhecimento E Enfermagem**: Análise De Determinantes Da Depressão Em Idosos. Estudos, Goiânia, v. 41, especial, p. 183-195, out. 2014.

BORGES LJ et al. **Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos**: estudo EpiFloripa. Rev Saúde Pública 2013;47(4):701-710.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRITO, EL; BRITO, MAC; OLIVEIRA, ICC**. Envelhecimento e Religiosidade**: Uma Revisão Sistemática. Anais CIEH (2015) – Vol. 2, N.1

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013.

GARBACCIO, JL; GARCIA, TF; CÂNDIDA, DA. **Avaliação da independência de idosos atendidos por uma estratégia de saúde da família**. Cogitare Enferm. 2013 Out/Dez; 18(4):637-46.

GONÇALVES, ERB; OLIVEIRA, LFQ; CUNHA, MLFM. **Depressão no idoso**: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Fragmentos de cultura, Goiânia, v. 17, n. 3-4, p. 217-237, mar./abr. 2007.

GUEDES, CR et al. **Habilidades do Enfermeiro no Diagnóstico e Cuidado ao Portador de Depressão.** Revista Ciências em Saúde v5, n 4, 2015.

HORTA, ALM; FERREIRA, DCO; ZHAO, LM. **Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família**. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 523-8.

JUNIOR, EPP. et al. **Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes**. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 404-412.

LAMPERT, CDT; SCORTEGAGNA, SA. **Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão**. Avaliação Psicológica, 2017, 16(1), pp. 4-54.

LEAL, MC et al. **Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados**. Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):208-14.

MAFRA, SCT. et al. **O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil:** uma discussão a partir do censo demográfico 2010.

MINAYO, MCS; CAVALCANTE, FG. **Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(12):2405-2415, dez, 2013.

MINGHELLI, B et al. **Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários**. Rev Psiq Clín. 2013;40(2):71-6.

MORAES, EN. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, CMC et al. **Exercícios físicos generalizados, capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros**. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2013, 15(4):486-497.

NEVES, RT et al. **Envelhecimento e doenças cardiovasculares**: depressão e Qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. Psicologia Hospitalar, 2013, 11 (2), 72-98.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; THERRIEN, J. **Trabalhos científicos e o estado da questão**. Estudos em avaliação educacional, v. 15, n. 30, p. 5-16, jul./dez. 2004.

OPAS/OMS – Representação Brasil. **Abordagem da depressão maior em idosos**: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Vol. 1, Nº 1 Brasília, fevereiro de 2016.

PAULA, AFM et al. **Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria**. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2013 jul-set;11(3):212-8.

PELARIGO, JGT et al. **Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase.** Hansen Int 2014; 39 (1):30-39.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, CAV; SANTOS, JLF. **O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico**. Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol., Rio de JaneiRo, 2015; 18(2):273-283.

SARAIVA LB et al. **Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas**. J Health Sci 2017;19(4):262-7.

SÉRVIO, SMT; CAVALCANTE, ACS. **Retratos de Autópsias Psicossociais Sobre Suicídio de Idosos em Teresina.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2013, 33 (núm. esp.), 164-175.

SKOPINSKI, F; RESENDE, TL; SCHNEIDER, RH. **Imagem corporal, humor e qualidade de vida**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(1):95-105.

SOUZA, MS; BAPTISTA, MN. **Associações entre suporte familiar e saúde mental.** Psicol. Argum. 2008 jul./set., 26(54), 207-215.

STOPA, SR *et al*. **Prevalência do autorrelato de depressão no brasil**: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol Dez 2015; 18 Suppl 2: 170-180.

TEODORO, WLG. **Depressão**: corpo, mente e alma. Uberlândia–MG: 2010.

TESTON, EF; CARREIRA, L; MARCON, SS. **Sintomas depressivos em idosos**: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. Rev Bras Enferm. 2014 mai-jun;67(3):450-6.

TOMOMITSU, MRSV; PERRACINI, MR; NERI, AL**. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):663-680.

TRINDADE, APNT et al. **Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados**. Fisioter Mov. 2013 abr/jun;26(2):página 281-9.

VARGAS, LS, LARA, MVS, MELLO-CARPES, PB. **Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(4):867-878.

Apêndice A – Distribuição de artigos

Nº do artigo	Titulo	Autores	Revista	Base de dados	Ano
01	Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria.	Paula AFM et al.	Rev. Soc. Bras. Clín. Méd	LILACS	(2013)
02	Avaliação da independência de idosos atendidos por uma estratégia de saúde da família.	Garbaccio JL, Garcia TF, Cândida DA.	Cogitare enferm	LILACS-Express	(2013)
03	Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras.	Minayo MCS, Cavalcante FG.	Cad Saude Publica	LILACS	(2013)
04	Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa.	Borges LJ et al.	Rev Saude Publica	LILACS	(2013)
05	Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	Trindade APNT et al.	Fisioter. mov	LILACS	(2013)

06	Exercícios físicos generalizados capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros.	Nascimento CMC et al.	Rev. bras. cineantropom. desempenho hum	LILACS-Express	(2013)
07	Retratos de Autópsias Psicossociais Sobre Suicídio de Idosos em Teresina.	Sérvio SMT, Cavalcante ACS.	Psicol. ciênc. prof	LILACS	(2013)
08	Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e Qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio.	Neves RT et al.	Psicol. hosp. (Säo Paulo)	Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos	(2013)
09	Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores.	Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL.	Rev. bras. geriatr. gerontol	LILACS-Express	(2013)
10	Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários.	Minghelli B et al.	Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)	LILACS	(2013)
11	Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade.	Teston EF, Carreira L, Marcon SS.	Rev Bras Enferm	LILACS	(2014)

12	Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial.	Aguiar AMA et al.	Rev. bras. geriatr. gerontol	LILACS-Express	(2014)
13	Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados.	Leal MC et al.	Acta paul. enferm	LILACS-Express	(2014)
14	Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade.	Vargas LS, Lara MVS, Mello-Carpes PB.	Rev. bras. geriatr. gerontol	LILACS-Express	(2014)
15	Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase.	Pelarigo JGT et al.	Hansenol Int	LILACS	(2014)
16	Imagem corporal, humor e qualidade de vida.	Skopinski F, Resende TL, Schneider RH.	Rev. bras. geriatr. gerontol	LILACS	(2015)
17	O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico.	Santos CAV, Santos JLF.	Rev. bras. geriatr. gerontol	LILACS	(2015)

18	Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes.	Junior EPP et al.	Cad. saúde colet., (Rio J.)	LILACS-Express	(2016)
19	Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas.	Saraiva LB et al.	J. health sci. (Londrina)	LILACS-Express	(2017)
20	Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão.	Lampert CDT, Scortegagna SA.	Aval. psicol	LILACS	(2017)

Anexo A – Quadro com critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior com base no DSM-V.

Critérios Diagnósticos
A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. **Nota**: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica. 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota**: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota**: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.) 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias. 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias. 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente). 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas). 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. **Nota**: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. **Nota**: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os 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

entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também 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.* D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado. E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. **Nota**: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica

Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências da Saúde
Faculdade de Enfermagem
www.ufpa.br