



ALESSA CARONI OLIVEIRA DE SOUZA

IZABEL PUZISKI ROSSATO

LEANDRO MARTINS LIMA SOUZA

MARÍLIA YUKIE TAKAKI DE OLIVEIRA ALVES

APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA RASTREIO DE SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Umuarama, PR
2024

ALESSA CARONI OLIVEIRA DE SOUZA
IZABEL PUZISKI ROSSATO
LEANDRO MARTINS LIMA SOUZA
MARÍLIA YUKIE TAKAKI DE OLIVEIRA ALVES

**APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA RASTREIO DE
SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM PACIENTES
IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Dr. Marco Antonio Nery dos Passos Martins
Co-Orientadora: Dra. Wiliany Lemos Ferreira

Umuarama, PR
2024

ALESSA CARONI OLIVEIRA DE SOUZA
IZABEL PUZISKI ROSSATO
LEANDRO MARTINS LIMA SOUZA
MARÍLIA YUKIE TAKAKI DE OLIVEIRA ALVES

**APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA RASTREIO DE SINAIS E SINTOMAS
DA DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Dr. Marco Antonio Nery dos Passos Martins
Professor do curso de Medicina da Unipar
Médico Psiquiatra

Dra. Carla Andressa Dal Ponte
Professora do curso de Medicina da Unipar
Médica Geriatra

Dra. Wiliany Lemos Ferreira
Médica de Família e Comunidade

Umuarama, 18 de setembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Após anos de estudos e dedicação, não poderíamos deixar de honrar e agradecer pelo apoio de pessoas queridas, que nos apoiaram em nossa escolha de curso e nos deram forças para continuar a jornada acadêmica.

Primeiramente, agradecemos a Deus por cuidar de nós e iluminar nosso espírito, nos dando fé em cada passo dado e nos guiando durante as adversidades.

Agradecemos aos nossos pais e familiares, que foram nosso alicerce e se fizeram tão presentes neste momento, não medindo esforços para realizar nosso sonho de nos tornarmos médicos, não nos deixando desistir e servindo de base todo o amor e carinho que tiveram durante este período.

Nossos amigos, que fizeram o processo se tornar mais leve, com muito trabalho, risadas e conversas que nos proporcionaram tanto crescimento e companheirismo.

E por último, mas não menos importante, agradecemos nossos professores, em especial Dr. Marco Antonio Nery dos Passos Martins e Dra. Wiliany Lemos Ferreira, que desempenham um papel de extrema importância de cuidado ao próximo e aceitaram nossa proposta do projeto de intervenção, nos conduzindo com tanta maestria. Seus conhecimentos foram de suma importância para a realização deste trabalho.

O mérito não é apenas nosso, mas de todos eles!

“A perda do melancólico é indefinível, ele sabe que perdeu alguma coisa, mas não sabe o quê.”

(Sigmund Freud, 1917)

DE SOUZA, Alessa Caroni Oliveira; ROSSATO, Izabel Puziski; SOUZA, Leandro Martins Lima; ALVES, Marília Yukie Takaki de Oliveira. **APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA RASTREIO DE SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Orientador: Dr. Marco Antonio Nery dos Passos Martins. 2024. 30 f. Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) - Universidade Paranaense, Umuarama, 2024.

RESUMO

Este trabalho terá por finalidade elencar aspectos importantes a respeito da depressão no idoso para facilitar seu rastreio nas Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa foi feita por meio de análise bibliográfica, enfocada em particularidades de interesse médico. Em virtude do envelhecimento da população, tem se tornado cada vez mais necessário o cuidado pelos idosos, visto que a taxa de suicídio nesta população é crescente, devido ao isolamento social, perdas familiares e, conseqüentemente, distúrbios de humor. Além disso, a morbidade por outras afecções orgânicas ou não, favorecem o uso de polifarmácia, o que torna ainda mais delicada sua abordagem. A depressão aparece com sintomas como humor deprimido, anedonia, perda de apetite, desvalorização pessoal, pessimismo, culpa, entre outros. Quadros demenciais podem assemelhar-se com os sintomas depressivos, por isso a importância de fazer o diagnóstico diferencial, com uma boa investigação clínica, através de ferramentas que auxiliam no resultado clínico, como a Escala de Depressão Geriátrica que será abordada, e a qual servirá de base para a identificação e para a decisão de encaminhamento para um psiquiatra. Com a implantação de tal medida, espera-se antecipar o diagnóstico e o tratamento do grupo citado, além de otimizar o funcionamento do sistema de saúde por diminuir o número de pacientes encaminhados incorretamente.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Escala. Transtorno depressivo. Transtorno de humor. Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Questionário para rastreio de depressão no idoso.....	24
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferença entre depressão e demência.....	15
Quadro 2 - Principais diagnósticos diferenciais de depressão.....	16
Quadro 3 - Cronograma para implementação do Questionário de Investigação de sinais e sintomas depressivos em idosos e avaliação dos resultados.....	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1. OBJETIVO GERAL.....	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1. DEPRESSÃO.....	14
4.1.1 Questionários e escalas aplicáveis no rastreamento.....	17
4.2. O ENVELHECIMENTO.....	18
4.2.1 Suicídio em idosos.....	19
4.3. REDE DE ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL.....	20
4.3.1 Atenção primária.....	20
4.3.2 Indicação do encaminhamento.....	20
4.3.3 Outras redes de apoio.....	21
5. METODOLOGIA.....	22
5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO.....	23
5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	23
5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	23
5.5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	23
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	25
7. CRONOGRAMA.....	26
8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS.....	28
9. REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 70, ocorreram mudanças no perfil demográfico mundial para um cenário mais urbano, com maior longevidade e menores taxas de mortalidade e natalidade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Devido a isso, ocorreu o aumento no percentual de idosos reconhecidos por lei, com idade igual ou superior a 60 anos, fazendo-se necessário uma atenção maior à medidas preventivas, promoção à saúde e ao envelhecimento saudável (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022 a população idosa no Brasil era equivalente a 15,8%, um aumento de 46,6% em relação a 2010, quando os dados demonstrados eram de 10,8%. Já na região Sul do país, esta porcentagem foi equivalente a 17,6%; no estado do Paraná, o percentual foi de 16,5%; e no município de Umuarama, a população idosa correspondeu a 17,3%, ou seja, 20.382 idosos (BRASIL, 2022a).

Diante ao exposto, em um contexto mais teórico, o processo de envelhecimento acontece por uma deterioração do organismo de forma individual, acumulativa, irreversível e que pode ser classificada em senescência, quando há um desenvolvimento natural ou não patológico, ou senilidade, em caso de sobrecarga por algum processo patológico que requer assistência (GARCIA, 2018).

O envelhecimento e a diminuição da capacidade funcional são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de humor nos idosos, como a depressão maior, devido a dependência de outras pessoas e o sentimento de invalidez destes indivíduos (ABRANTES *et al.*, 2019).

Além disso, com relação às afecções psiquiátricas, a depressão é a mais prevalente, tendo como manifestações a negligência com o autocuidado, humor depressivo ou irritável, fadiga, pessimismo, anedonia, alterações no sono, falta de apetite, culpa, alteração da cognição, pensamentos suicidas, entre outros (FARIA *et al.*, 2023).

Em relação à depressão maior, esta é descrita desde o velho testamento como um processo de melancolia, e atualmente, é conceituado como um quadro de humor deprimido associado a anedonia que pode causar uma alteração afetiva

(TAVARES, 2021). Em uma estimativa mundial, a depressão afeta cerca de 5% dos adultos no mundo, enquanto no Brasil é de 10%, sendo a prevalência ao longo da vida em torno de 9% (KRISHNAN, 2024).

Contudo, deve-se considerar que pessoas idosas possuem uma maior taxa de morbimortalidade, o que ainda é associado a fatores como múltiplas comorbidades e a polifarmácia, necessitando de tratamentos assertivos e cautelosos, a fim de evitar iatrogenia e buscar a melhora da qualidade de vida e do processo de senilidade (ABRANTES *et al.*, 2019).

Desta forma, um conhecimento mais aprofundado sobre o processo saúde-doença é de suma importância para o diagnóstico e tratamento precoce, sendo que para isso, são utilizadas ferramentas, como escalas e protocolos na investigação clínica, as quais, aliadas às políticas públicas, facilitam e agilizam o atendimento na atenção primária, mesmo que, atualmente, ainda tem sido um desafio de saúde pública, e necessitando de melhorias nos padrões de análise destes pacientes (ABRANTES *et al.*, 2019).

2. JUSTIFICATIVA

Os transtornos de humor, como se classifica a depressão maior, têm obtido destaque com relevância nas discussões de saúde pública, com ênfase na geriatria, por consequência do aumento da população idosa no Brasil nas últimas décadas, a qual obteve um crescimento de aproximadamente 15,8% no país e de 17,3% em Umuarama - Paraná, em comparação ao senso demográfico do IBGE de 2010 e 2022 (BRASIL, 2022a).

O então Projeto de Intervenção, proposto neste trabalho, terá por objetivo apontar a necessidade de identificação precoce do quadro de depressão maior nos pacientes idosos das Unidades Básicas de Saúde do município de Umuarama - Paraná, o qual buscará aprimorar o conhecimento de profissionais da atenção primária, sobretudo, médicos, por meio de um questionário padrão de anamnese, na percepção de identificar sinais e sintomas do transtorno de humor depressivo em pacientes idosos, os quais possuem maior fragilidade no desenvolvimento de doenças mentais e sofrem com a falta de identificação precoce (BRASIL, 2024).

Em um contexto geral, a necessidade de investigação de pacientes idosos com quadro de depressão maior é importante para auxiliar no manejo de problemas sociais e familiares (FARIA *et al.*, 2023). Atualmente, no município de Umuarama, há projetos atribuídos ao desenvolvimento saudável do idoso, como o Centro de Convivência dos Idosos e a Academia da Saúde, porém, não há busca ativa desta população com transtornos depressivos ou demais transtornos de humor, deixando uma lacuna no tratamento da saúde mental, podendo, assim, evoluir para formas graves da doença e no desenvolvimento ou agravamento do isolamento social e de outras patologias (FARIA *et al.*, 2023).

Perante o exposto, o subdiagnóstico ou a falta de diagnóstico da depressão no idoso, bem como a ausência de um tratamento adequado, impactam de modo negativo a sua capacidade funcional e qualidade de vida, contribuindo para o aumento no risco de morbimortalidade (FARIA *et al.*, 2023). Desse modo, o presente Projeto de Intervenção, terá por objetivo buscar a melhoria dos meios de identificação e encaminhamento dos sinais e sintomas da depressão em cidadãos idosos em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Umuarama - Paraná.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Implantar um questionário padrão de anamnese para médicos da Atenção Primária da Saúde, com o objetivo de identificação de sinais e sintomas relacionados à depressão maior em pacientes idosos, usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Umuarama - Paraná.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar um método teórico padronizado e específico, em formato de questionário, para auxílio dos profissionais médicos da Atenção Primária, na identificação precoce de sinais e sintomas da depressão em usuários idosos das Unidades Básicas de Saúde do município de Umuarama - Paraná;
- Desenvolver o aprimoramento e o conhecimento dos médicos com o cuidado ativo da saúde mental de idosos;
- Agregar maior conhecimento teórico sobre o transtorno depressivo ao atendimento médico na atenção primária em saúde dos usuários idosos;
- Identificar precocemente, na atenção primária, a depressão maior em idosos, usuários das Unidades Básicas de Saúde do município de Umuarama - Paraná;
- Proporcionar a possibilidade de encaminhamento precoce aos serviços especializados de pacientes idosos, portadores de depressão maior, usuários da atenção primária de saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. DEPRESSÃO

O transtorno depressivo maior, também conhecido como depressão, é classificado como um tipo de transtorno de humor, no qual o paciente tende a apresentar disfunções de seu estado geral orgânico e psicossocial, por consequência de fatores genéticos, bioquímicos cerebrais ou eventos vitais/ambientais (BRASIL, 2024).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em um de seus relatórios de 2017, a prevalência da depressão no Brasil tem aumentado gradualmente ao longo das últimas décadas, sendo que situa-se entre as quatro doenças que mais desenvolvem ônus aos pacientes, e a primeira, na América Latina, em relação à sua duração, com maior carga de incapacidade funcional ao longo da vida, pois a maioria dos casos possui diagnóstico e tratamento tardio (BRASIL, 2024).

No Brasil, há cerca de onze milhões de cidadãos com diagnóstico de depressão, ocorrendo com maior frequência nas mulheres (10,9%) em relação nos homens (3,9%); além disso, dentro deste percentual, há alta taxa de suicídio, com taxas de 15 a 20% destes pacientes (BRASIL, 2024; MEDEIROS *et al.*, 2020).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) de 2014, pelo menos cinco ou mais dos sintomas listados a seguir, em um período de duas semanas ou mais, com modificação em relação ao funcionamento anterior, devem constar para caracterizar o quadro de transtorno depressivo maior, sendo que, pelo menos o humor deprimido e/ou a perda de interesse ou prazer, devem obrigatoriamente estar presentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os sintomas citados pelo DSM-5 são: humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimento de culpa, incapacidade de sentir prazer, entre outros); retardo motor (falta de energia, preguiça ou cansaço excessivo, lentificação do pensamento, falta de concentração, falta de memória); insônia ou sonolência; diminuição ou aumento de apetite, com seletividade alimentar; redução do interesse sexual; dores e sintomas físicos difusos (mal estar, queixas digestivas,

dor no peito, taquicardia e sudorese) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Diante disso, tanto a quantidade quanto a gravidade dos sintomas permitem determinar os graus de um episódio depressivo, os quais se dividem em leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos e grave com sintomas psicóticos (APÓSTOLO *et al.*, 2018). No entanto, é importante destacar que a depressão em idosos, além de poder apresentar os sintomas citados acima, também pode estar relacionada com mais frequência a perda do cônjuge, presença de comorbidades, isolamento social, baixa condição socioeconômica ou alguma doença concomitante (SADOCK *et al.*, 2017).

Perante o exposto, a depressão em idosos ainda é pouco diagnosticada e raramente tratada, principalmente por médicos generalistas e da atenção primária (SADOCK *et al.*, 2017). A discriminação da idade, que muitas vezes ocorre, é capaz de influenciar os profissionais, levando-os a considerar sintomas depressivos como naturais nesses pacientes (SADOCK *et al.*, 2017).

Dessa forma, é fundamental realizar uma avaliação geral no idoso deprimido, buscando excluir alterações endócrinas, metabólicas e demais patologias (BUENO, 2019). Orienta-se, então, tanto uma rotina básica de exames, quanto exames complementares necessários, além do uso de ferramentas clínicas como questionários e escalas baseadas na sintomatologia da depressão em idosos (BUENO, 2019).

Assim, frente às múltiplas comorbidades existentes e persistentes à terceira idade, incluindo a depressão, é essencial que se liste os diagnósticos diferenciais relacionados à saúde mental, como por exemplo às demências, tendo em vista que essas duas patologias são bastante prevalentes nesta população, conforme as particularidades de cada doença exemplificado no quadro 1 (BUENO, 2019).

Quadro 1 - Diferença entre depressão e demência.

Especificidades	Depressão	Demência
Antecedentes	Presente.	Ausente.
Início	Preciso.	Vago.
Progressão	Rápida.	Lenta.

Duração	Menos de 6 meses.	Mais de 6 meses.
Perda cognitiva	Enfatizada.	Mínima.
Dificuldades para executar tarefas	Menor.	Maior.
Incapacidade	Enfatizada.	Mínima.
Apetite	Aumento ou Redução.	Normal.
Resposta a antidepressivos	Boa.	Ausente.
Perda de memória	Recente e remota.	Apenas recente.
Se perde nos lugares	Não.	Sim.
Afasia/apraxia/agnosia	Ausente.	Às vezes presente.

Fonte: FAVERI *et al.*, 2021.

Dentre as demais investigações diagnósticas, é importante lembrar a possibilidade da presença de tireoidopatias, deficiências vitamínicas, anemia, infecções, e até mesmo acidente vascular cerebral e neoplasias, sendo necessários exames complementares específicos para afastar tais causas, além de fatores iatrogênicos associados principalmente à polifarmácia, como o uso de determinados anti-hipertensivos, antiparkinsonianos, esteroides e benzodiazepínicos (MIRANDA; FEIJÓ; FEITOSA, 2023).

Quadro 2 - Principais diagnósticos diferenciais de depressão.

Quadro clínico	Risco	Clínica	Avaliação
Demências	Depressão, incapacitação.	Comprometimento cognitivo, alterações de humor, perda de memória, comportamento inapropriado, etc.	Clínica, estado mental, exames de imagem.
Hipotireoidismo	Depressão.	Mialgia, sonolência, cansaço, ganho de peso, pele seca, etc.	Clínica, TSH e T4 livre.
Anemia	Hospitalização.	Declínio cognitivo, indisposição, fadiga, palidez.	Clínica, hemograma e dosagens vitamínicas.

Fonte: GARCIA *et al.*, 2018.

Por fim, como já observado, a falta de diagnóstico e tratamento corretos da depressão representam um grande impacto na qualidade de vida desse grupo, levando muitas vezes à ideação suicida e ao suicídio em si (MEDEIROS; TOLEDO; DE SOUSA, 2020).

4.1.1 Questionários e escalas aplicáveis no rastreamento

O uso clínico, em apoio a anamnese, de questionários e escalas funcionais tem se tornado cada vez mais comum em todas as áreas da medicina, não sendo diferente no atendimento aos idosos (ABRANTES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2013). Atualmente, na geriatria, além de todas as diversas escalas de capacidade funcional e cognitiva do idoso, como Mini-mental, CDR e MOCA, também foram desenvolvidos métodos de questionários específicos para triagem, identificação e rastreio de pacientes em quadros de depressão maior ou outras alterações de humor, sendo elas a PHQ-2, GDS (EDG-15) e PHQ-9, sendo a GDS a mais utilizada na avaliação geriátrica (ABRANTES *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2013).

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (EDG-15 ou GDS), validada no Brasil, tem por objetivo a investigação dos sintomas depressivos nos pacientes idosos, assim como o agravamento sintomatológico (BRASIL, 2024). Este questionário é composto por 15 perguntas diretas e binárias, as quais são respondidas com “sim” ou “não”, que geram escore de pontuação variável entre 0 a 15 pontos, sendo que idosos que pontuam entre 0 a 5 são classificados como idoso “sem sintomas depressivos ou normal”, 6 a 10 como portadores de “depressão leve” e entre 11 a 15 de “depressão severa” (ABRANTES *et al.*, 2019; BRASIL, 2022b). O questionário, por sua vez, segue a linha de perguntas que envolvem a satisfação do idoso com a vida, além de questões de aborrecimentos, medos, solidão, desamparo, memória, esperança, alegria, entre outros (ABRANTES *et al.*, 2019).

4.2. O ENVELHECIMENTO

Com o aumento da expectativa de vida e a longevidade, marco considerado um dos maiores feitos da história moderna e do progresso da medicina, é esperado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que em cerca de 40 anos a população idosa tende a triplicar, sendo equivalente a cerca de 10% da população brasileira, e em 2050 o número de idosos deve superar a quantidade de crianças nascidas vivas (VALLIM; PORTELA; FIGUEIREDO, 2023).

O envelhecer de forma saudável, identificado como um “envelhecimento bem-sucedido”, é caracterizado por indivíduos livres de doenças crônicas com bom desenvolvimento físico e cognitivo mesmo com o avançar da idade, e aqueles ainda classificados como “excepcionalmente saudáveis”, têm maior longevidade e incluem pessoas normotensas, sem doenças crônicas e com peso corporal normal (TAFFET, 2023).

Conforme explicado por George E. Taffet (2023), um idoso de 95 anos é capaz de ser funcional na sociedade mantendo um envelhecimento saudável, visto que o impacto cognitivo não se relaciona somente ao aumento da idade e alterações fisiológicas, mas também aos efeitos da privação social e do expossoma, como as mudanças ambientais e exposição a fatores de risco como tabagismo, etilismo e menor acesso à educação.

Dentro do processo de envelhecer há mudanças cognitivas e comportamentais esperadas, sendo a memória episódica, de trabalho e a de função executiva as mais afetadas a partir da sexta década de vida, os quais ainda se associam a redução da velocidade de processamento e capacidade de atenção, levando a uma fala mais lenta, por exemplo (TAFFET, 2023). Ainda, a partir da sétima década, ocorre a deterioração da função executiva, a qual é de suma importância para ações de planejamento, monitoramento, controle e inibição de uma ação (TAFFET, 2023).

Segundo Vallim (2023), estima-se que em 36 anos cerca de 38 milhões de idosos sofrerão com depressão, superando-se, assim, a população jovem. A junção de fatores de declínio cognitivo, diminuição da qualidade de vida, internações precoces em asilos e outras condições como doenças neurodegenerativas apoiam

este desdobramento (VALLIM, 2023). Além disso, a presença da depressão nessa população sem o seu devido tratamento, gera um agravamento do bem-estar e cognitivo do paciente, reduzindo também o seu limiar da dor, aumento do retardo psicomotor e o risco de queda, tornando-o um idoso frágil (VALLIM, 2023).

4.2.1 Suicídio em idosos

Atualmente cerca de 800 mil pessoas morrem de suicídio por ano no mundo, enquanto no Brasil é representado por 10 mil mortes/ano, uma incidência considerada de média a elevada quando comparada aos outros países (SANTOS *et al.*, 2021).

No contexto apresentado acima, a população idosa é um dos grupos populacionais de maior risco, principalmente das pessoas acima dos 80 anos, devido à fatores como o isolamento social, falta de uma rede de apoio, o sentimento de solidão e o processo de luto pela perda dos entes queridos, gerando uma dor psíquica insuportável e vistas como sem saída (SANTOS *et al.*, 2021).

De acordo com o Relatório Geral para Prevenção do Suicídio da OMS, realizado em 2014, houve um aumento de 2,3% de casos no sexo masculino, os quais possuem maiores comportamentos impulsivos associados a um maior consumo de drogas e álcool, enquanto houve um decréscimo de 10,3% no sexo feminino (SANTOS *et al.*, 2021). No entanto, o índice de auto-infringência se mostra contrário às estimativas de suicídio, com maior índice de tentativas entre as mulheres, apresentando uma taxa de êxito de 2:1 (SANTOS *et al.*, 2021).

Ademais, em relação à forma de escolha de execução do processo do suicídio entre os idosos homens, há uma maior incidência para o enforcamento, o qual é escolhido pela facilidade de acesso, potencial de letalidade e por muitas vezes ter um tempo insuficiente de socorro (SANTOS *et al.*, 2021). Além disso, o uso de armas de fogo também tem destaque entre os homens; já em mulheres, há maior prevalência de autointoxicação (SANTOS *et al.*, 2021).

4.3. REDE DE ATENDIMENTO A SAÚDE MENTAL

4.3.1 Atenção primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é classificada como o nível de atenção do sistema de saúde responsável por ofertar à população geral serviços de cuidados básicos necessários, como prevenção, métodos curativos, reabilitação e promoção à saúde, com a capacidade e objetivo de resolução de até 80% dos casos, e tendo como base a integralidade da atenção à população e o gerenciamento da assistência do sistema de saúde centrada ao seu território, respeitando suas formas sociais e de cultura (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Diante disso, a saúde mental se enquadra dentro dos projetos almejados e oferecidos pelas APS à população, sendo atribuído às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir de ações comunitárias e durante o processo de consulta médica, o papel de identificação prévia de pessoas portadoras de transtornos de humor, como a depressão maior, e iniciando, assim, o processo de tratamento em loco ou encaminhamento para os setores responsáveis e especializados em saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

4.3.2 Indicação do encaminhamento

Após avaliação e/ou confirmação diagnóstica pelos profissionais médicos da atenção primária, em pacientes com sinais e sintomas de depressão, pode ser realizado o encaminhamento daqueles que não respondem ao tratamento oferecido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos que possuem estágios da doença mais graves, e/ou ainda dos que necessitam de apoio e tratamento multiprofissional especializado na área da saúde mental, para Unidades de Saúde Mental de referência, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Médicas (CEM), Clínicas Psiquiátricas e de reabilitação e Hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2024; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

4.3.3 Outras redes de apoio

Existem, na Saúde Pública brasileira, diversos centros de apoio à Atenção Primária que oferecem auxílio no tratamento aos transtornos de saúde mental, como a depressão, sendo eles: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde atua no tratamento de sofrimento mental grave, etilismo e drogas, visto que no município de Umuarama - PR há a presença do CAPS II; CEM (Centro de Especialidades Médicas) dos municípios, os quais oferecem serviços ambulatoriais; e Hospitais Psiquiátricos e Clínicas de Reabilitação, que atuam de forma terciária no tratamento da depressão, além de suas comorbidades e agravos do quadro depressivo persistente (BRASIL, 2024).

5. METODOLOGIA

Este trabalho tem por finalidade demonstrar a importância do diagnóstico da depressão no idoso, objetivando um atendimento assertivo pelos médicos, através da aplicação do questionário, o qual é baseado na escala GDS e identificado na figura 1, sendo que este poderá necessitar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por suas aprimorações.

Foram adicionadas duas perguntas chaves que corroboram para um direcionamento mais correto dos pacientes com um possível quadro depressivo. Tais perguntas iniciam o questionário com o objetivo de direcionar a sua continuação e aplicação, a partir da resposta confirmatória ao sentimento de mudança do humor e estilo de vida em relação ao tempo de início dos sintomas e sua persistência.

Dando continuidade ao questionário temos perguntas chaves sobre possíveis sintomas que o paciente possa apresentar, com respostas binárias de sim ou não, e pontuadas conforme a resposta esperada e realçadas na escala em negrito, para facilitar o atendimento e contagem da pontuação. Ao final das perguntas deve-se somar as respostas que estão dentro do esperado em um quadro depressivo e classificar os pacientes conforme a pontuação, sendo até 5 pontos não indicativo de um quadro depressivo, entre 6 a 10 pontos a presença de depressão leve e de 11 a 15 pontos, depressão severa.

É de suma importância ter uma abordagem diferenciada com os idosos devido às suas necessidades específicas, sem negligenciar o estado de humor do paciente com a errônea normalização dessas alterações pelo processo do envelhecimento. Neste contexto, buscamos compreender, por meio de pesquisas bibliográficas recentes, a respeito do assunto e como poderíamos fazer seu seguimento para tal diagnóstico e consequente colaboração para um envelhecimento mais saudável da população.

A partir de uma boa anamnese e diagnóstico diferencial deve-se buscar entender as queixas do paciente usando o questionário como um facilitador. Dessa forma, ressaltamos que é necessário englobar toda a sintomatologia para um contexto geral, incluindo a situação socioeconômica, socioambiental e psicossocial em que o idoso vive. Salienta-se, também, a responsabilidade médica frente ao sigilo das informações obtidas ao final do atendimento.

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

Aplicação da escala durante as consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Umuarama - Paraná.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Pacientes acima dos 60 anos, poliqueixosos, ou com história de algum trauma psicológico, ou que estejam passando pelo processo de luto ou com sinais, sintomas e/ou queixas de humor deprimido e que não fechem outros diagnósticos, principalmente para quadro demencial.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Inicialmente será realizada uma reunião com a Secretaria de Saúde do município de Umuarama. Seguido de palestras de capacitação quanto a depressão no idoso para os médicos atuantes na medicina de família e comunidade, com intuito de explicar o método desenvolvido e sua aplicação. O questionário desenvolvido será disponibilizado aos médicos em PDF através de meios online, como e-mail ou por aplicativos de mensagem, como Whatsapp ou Telegram, para acesso conforme a demanda, podendo então ser usada pelo computador ou de forma impressa.

Lembrando que, a escala no momento da consulta é um meio de complemento da consulta e investigação, entretanto, é necessário uma boa anamnese, uma relação médico-paciente bem estabelecida e interesse do profissional médico para coletar a história e examinar o paciente.

5.5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento pode ser realizado durante as capacitações quanto às doenças que afetam a saúde mental, incluindo quadros depressivos em pacientes idosos. Através disso podem ser feitos *feedbacks* pelos médicos sobre a aplicação da escala no cotidiano de seus atendimentos desta população.

Figura 1 - Questionário para rastreio da depressão no idoso.

QUESTIONÁRIO

RASTREIO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

Se a resposta for "SIM", prosseguir com o questionário

Tem se sentido diferente em relação a sua vida e as coisas que gosta de fazer?	SIM	NÃO
--	------------	-----

Se a resposta for "SIM", prosseguir com o questionário

Está se sentindo assim há pelo menos duas semanas?	SIM	NÃO
--	------------	-----

Contabilizar 1 ponto a cada resposta em negrito

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	SIM	NÃO
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	SIM	NÃO
3. Sente que a vida está vazia?	SIM	NÃO
4. Aborrece-se com frequência?	SIM	NÃO
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	SIM	NÃO
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	SIM	NÃO
8. Sente-se frequentemente desamparado(a)?	SIM	NÃO
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM	NÃO
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	SIM	NÃO
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
12. Vale a pena viver como vive agora?	SIM	NÃO
13. Sente-se cheio(a) de energia?	SIM	NÃO
14. Acha que sua situação tem solução?	SIM	NÃO
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	SIM	NÃO

INTERPRETAÇÃO:

0-5 pontos - não é indicativo de quadro depressivo;

6-10 pontos - indicativo de depressão leve;

11-15 pontos - indicativo de depressão severa.

OBSERVAÇÕES:

Para ser considerado um transtorno de humor é necessário que haja uma mudança dos hábitos e estilo de vida do paciente para um estado deprimido.

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com a exclusão de outras alterações orgânicas que podem criar um quadro semelhante ao da depressão.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Alteração de humor por efeito colateral de medicações;
- Quadros demenciais;
- Anemias;
- Hipotireoidismo.

Em caso de suspeita de quadros demenciais essa escala **não** deve ser utilizada, visto que não é uma ferramenta para avaliação destas doenças.

Fonte: Elaboração própria.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que, a partir de tais implantações, o diagnóstico de depressão maior em idosos seja otimizado, de modo a reduzir os casos de negligências às queixas desse grupo.

Ainda, identificar corretamente e, com prioridade, encaminhá-los aos serviços secundários e especializados nos casos de maior gravidade. Além disso, possibilitar o acompanhamento dos pacientes que apresentarem sintomas mais leves ou episódios de humor deprimido.

No mais, facilitar o raciocínio clínico dos profissionais médicos, diminuir a fila do encaminhamento e instituir um tratamento precoce para os pacientes em questão.

7. CRONOGRAMA

As atividades serão desenvolvidas em etapas, sendo elas: (1) elaboração do questionário, baseado na escala GDS, de auxílio à anamnese, para investigação de sinais e sintomas de depressão maior em idosos; (2) envio do formulário para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa; (3) apresentação, entrega, incentivo e treinamento dos profissionais médicos atuantes nas UBS, durante capacitação médica periódica existe e disponibilizada pela Secretaria de Saúde de Umuarama - PR, para a utilização do questionário; (4) avaliação da aderência ao questionário pelos médicos e pacientes nas UBS; (5) avaliação do *feedback* a partir do uso do questionário para diagnóstico e tratamento do quadro; (6) após 12 meses de uso do questionário, realização da atualização e adequação do questionário, se necessário, para melhor desempenho. No quadro 3 é especificado o tempo que será necessário para realização de cada etapa.

O tempo de intervenção total após sua disponibilização para uso, será de, aproximadamente 12 meses, com posterior avaliação dos resultados da adesão, aplicabilidade, diagnóstico e encaminhamento com o uso do Questionário de Identificação de Depressão no Idoso. Além disso, caso seja necessário, após este período, será avaliado adequações e atualizações no questionário para seguintes usos.

Quadro 3 - Cronograma para implementação do Questionário de Investigação de sinais e sintomas depressivos em idosos e avaliação dos resultados.

Atividade	Tempo de intervenção	Responsabilidade
Elaboração do questionário, baseado na escala GDS, de auxílio a anamnese, para investigação de sinais e sintomas de depressão maior em idosos.	5 meses.	Equipe criativa e científica do Questionário.
Envio do formulário para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.	1 mês.	Equipe criativa e científica do Questionário.
Apresentação, entrega, incentivo e treinamento dos profissionais médicos atuantes nas UBS para a utilização do questionário.	1 mês.	Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Secretaria Municipal.
Avaliação da aderência ao questionário pelos médicos e pacientes nas UBS.	6 meses.	Médicos da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade e Equipe criativa e científica do Questionário.
Avaliação do <i>feedback</i> a partir do uso do questionário para diagnóstico e tratamento do quadro.	12 meses.	Médicos da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade e Equipe criativa e científica do Questionário.
Após 12 meses de uso do questionário, realização da atualização e adequação do questionário, se necessário, para melhor desempenho.	1 mês.	Equipe criativa e científica do Questionário.

Fonte: Elaboração própria.

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

A disponibilização do Questionário de Rastreamento da Depressão no Idoso será em formato PDF por vias online, como os meios de comunicação virtual amplamente usados, tais quais, e-mail, Whatsapp ou Telegram. O mesmo pode ser aplicado tanto pela versão online como impresso em folha A4 em preto/branco ou colorido conforme a disponibilidade da impressora da Unidade Básica de Saúde (UBS).

O investimento financeiro para aplicação do projeto apresenta um custo extremamente baixo, visto que não há a necessidade de impressão para a sua aplicação, e mesmo se feito, o custo seria pelo uso de uma unidade de folha sulfite tamanho A4, que já é disponibilizada nas UBSs do município de Umuarama - Paraná, pela Prefeitura e Secretaria de Saúde, sem a necessidade de custos adicionais com impressões gráficas elaboradas.

Além disso, por sua disponibilidade para o uso online, há pouca ou nenhuma geração de resíduos sólidos e recicláveis, tornando um projeto de menor impacto ambiental.

9. REFERÊNCIAS

- ABRANTES, G. G. *et al.* Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia**, v. 22(4): e190023, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DMS-5**. Tradução: Maria Inês Correa Nascimento *et al.* Porto Alegre: Artmed, 5 ed, 2014.
- APÓSTOLO, João Luís Alves *et al.* Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. **Rev. Enfermagem Referência**, v. 4, n. 16, p. 29-39, 2018.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2022**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro: 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão**. Brasil: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Escala de Depressão Geriátrica (GDS)**. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado. 2022b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BUENO, B. L. **Cenário da depressão em idosos associado com comorbidades clínicas**. 2019. 46 f. Tese (Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- CORREIA, V. R. BARROS, S. COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45(6). São Paulo, 2011.
- FARIA, B. M. F. *et al.* Transtorno depressivo maior na população idosa e suas implicações: *revisão sistemática*. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.6, n. 5, p. 19833-19851, sep./oct, 2023.
- FAVERI, L. A. *et al.* Depressão em idosos: *fatores associados e manejo terapêutico*. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p. 76032. 2021.
- GARCIA, E. *et al.* **Essências em geriatria clínica**. EdUPUCRS: Porto Alegre, 2018.
- KIRSHNAN, R. Unipolar depression in adults: *Epidemiology*. **UpToDate**. 2024.

- MEDEIROS, G. L. F. TOLEDO, M. A. DE SOUSA, M. N. A. Depressão em idosos: *Implicações sociais e outras intercorrências*. ID on line. **Rev. de psicologia**, v. 14, n. 53, p. 474-483, 2020.
- MIRANDA, G. M. D. MENDES, A. C. G. SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: *desafios e consequências sociais atuais e futuras*. **Rev. bras. de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 507-519, 2016.
- MIRANDA, H. L. L. FEIJÓ, L. P. FEITOSA, R. R. P. **Neuropsicogeriatria: uma abordagem integrada**. Curitiba: Ed. CRV, 2023.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 11.ed, 2017.
- SANTOS, Iná S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(8): 1533-1543, Ago, 2013.
- SANTOS, M. C. L. *et al.* Suicide in the elderly: *an epidemiologic study*. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 55: e03694, 2021.
- TAFFET, G. E. Envelhecimento normal. **Up to date**, 2024.
- TAVARES, A. C. S. LIMA, R. F. F. TOKUMARU, R. S. Teorias evolucionistas da depressão: *panorama e perspectivas*. **Psicologia USP**, v. 32, p. e200003, 2021.
- VALLIM, Y. V. PORTELA, M. V. M. FIGUEIREDO, J. H. S. Uma análise da depressão em idosos. **Rev. Elet. Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, p. e13031, 5 maio 2023.
- WENCESLAU, L. D. ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: *perspectivas internacionais e cenário brasileiro*. **Rev. Interface**. v. 19(55): 1121-32. 2015.