

LUDMILLA CASTRO MALTA

**DEPRESSÃO EM IDOSOS: ANÁLISE DO PROCESSO
DIAGNÓSTICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM
BALNEÁRIO CAMBORIÚ, SC**

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.

Co-Orientador: Walter Ferreira de Oliveira, Dr.

**FLORIANÓPOLIS
2008**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

"Depressão em Idosos: Análise do processo diagnóstico na estratégia de Saúde da Família em Balneário Camboriú - SC"

AUTORA: **Ludmilla Castro Malta**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas (UFSC)
(Presidente)

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (UFSC)
(Membro)

Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (UFSC)
(Membro)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
(Suplente)

Dedicatória:

**ao meu pai, exemplo de homem, exemplo de caminho a seguir,
por todos os perfis de sua existência. Pelo teu sonho pai, que se
realizou através do meu.**

AGRADECIMENTO:

Agradeço a muitas pessoas e situações que me levaram a conclusão deste trabalho, dentre elas:

- Ao meu pai, por tudo...

- À minha mãe, por ter acreditado em mim desde o início, estando ao meu lado nos momentos bons e difíceis; por me escutar sempre; e, por ser avó em tempo quase-integral. Sem você mãe, este momento não seria possível.

- À minha filha Yasmin, pelo seu bom humor, pelas suas pequenas ironias e, por me levar a ser uma pessoa melhor, sempre.

- A minha irmã, por estar sempre por perto, pela paciência e por sempre me encorajar.

- A professora Cristina Calvo, pela palavra certa na hora certa, sempre.

- As professoras Sandra Caponi e Marta Verdi, pelas reflexões que me oportunizaram ao longo do caminho.

- Aos meus colegas de mestrado: Fabiana Baramachi, que além de parceira, foi minha 'salva-vidas' tantas vezes; à Luzilena Rhode, Evandro Russo, Thais, Juliano Tibola, Ione Ceola, pela cumplicidade na alegria e na tristeza.

- Ao professor Walter F. de Oliveira pela co-orientação.

- Um agradecimento muito especial àquele que apostou em mim, e que, sem ele, nada disso seria possível; ao homem justo, correto, e, acima de tudo ousado, pois acreditou que este trabalho podia dar certo, meu orientador Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas.

E, agradeço ainda a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO:

MALTA, Ludmilla Castro. Depressão em Idosos: Análise do Processo Diagnóstico na Estratégia de Saúde da Família. f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2008.

Atualmente há uma forte associação entre envelhecimento e depressão. No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado, dos pontos de corte e gravidade dos sintomas. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. Esta pesquisa analisa como ocorre o diagnóstico de depressão em idosos nas Unidades Básicas de Saúde em Balneário Camboriú, SC, assistidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF-, verificando a compreensão do médico de saúde da família acerca da depressão na velhice, e o conjunto de procedimentos adotados pelos profissionais para o diagnóstico e prognóstico dos idosos assistidos na Rede Pública. Trata-se de pesquisa qualitativa, com coleta de dados transversal, obtidos por *entrevista semi-estruturada* aplicada em todos os médicos da ESF do município, estes concordaram em participar mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A sistematização dos dados dá-se a partir da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Na pré-análise, realizou-se a *leitura flutuante* para a organização do *Corpus*, conjunto de documentos submetidos à análise, expresso aqui pela leitura e re-leitura da transcrição das entrevistas realizadas. A categorização deriva dos resultados obtidos nas entrevistas, seguindo critérios de: *Repetição e Relevância*. O tratamento dos dados possibilita a construção de três categorias de análise, divididas em subcategorias. **I - Perfil Profissional:** a) Tempo de formação e exercício da medicina: há ausência de preparo técnico-assistencial para a assistência a saúde mental e do idoso na rede pública; b) Características da formação e estrutura acadêmica: Formação acadêmica expressa em sua maioria insuficiência para intervenção clínica na saúde mental, saúde do idoso e no SUS. **II - Modelo de Atenção:** a) Dimensão Estratégica: há predominância da incompreensão dos entrevistados na reorientação do modelo assistencial; b) Dimensão Executiva: maioria dos médicos justifica o insucesso das ações na ESF atribuindo-as ao

governo federal, resultando na desculpabilização da prática; c) Dimensão Assistencial: predomínio do modelo biomédico, o que diverge com a proposta do SUS e da perspectiva psicossocial. **III – Aspectos Clínicos:** a) Diagnóstico: Associação do transtorno depressivo com o ‘ser velho’; confusão teórico-metodológica no entendimento do sofrimento emocional da depressão; b) Terapêutica: Tratamento sem diagnóstico; trata-se ‘sintomas depressivos’ sem intervenção e ação sobre fatores etiológicos; c) Prognóstico: os entrevistados, com a exceção de um, não compreendem a depressão como tendo cura, levando a cronificação do tratamento farmacológico. Os entrevistados, tanto pela perspectiva de sua formação acadêmica biomédica quanto pela abordagem psicossocial, não conseguem construir com segurança a compreensão de um quadro depressivo. Aliada a fragilidade da formação acadêmica, constata-se que a prática dos médicos entrevistados encontra pontos divergentes daqueles preconizados pelo SUS. A dificuldade em assistir ao idoso com sofrimento emocional pode levar à sobrenotificação de casos de depressão. Sugere-se capacitação continuada para a equipe das ESFs na assistência a saúde do Idoso e a Saúde Mental.

Palavras-Chave: análise de conteúdo, idosos, transtorno depressivo, diagnóstico, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT:

MALTA, Ludmilla Castro. Depression in elderly people: Analysis of the process in the Strategy of Family Health . Thesis Master's degree in Saúde Pública] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2008

Currently there is a strong association between aging and depression. In Brazil, the prevalence of depression among the elderly ranges from 4.7% 36.8%, depending on the instrument used, the views of cut and the severity of symptoms. It is one of the most common psychiatric disorders among the elderly and their presence needs to be evaluated. This research aims at analyzing how the diagnosis of depression are done in the elderly in the Basic Health Units in Balneário Camboriu city, SC state assisted by teams of the Family Health Strategy - FHS - by checking what is the understanding of health from the family doctor about the depression in old age, and what the set of procedures are adopted by professionals for the diagnosis and prognosis of elderly, assisted in the public network. This is a qualitative research with a collected data characterized as a cross (transverse) resulted from the analyses of semi-structured interviews applied in all physicians who work in FSH in BC municipality; they authorized the use of data analysis that were suggested by the interview in the research and agreed to participate by reading and signing the Term of Free and Informed Consent -TFIC-. The systematization of the data comes from the Content Analysis, proposed by Bardin. In the pre-analysis, there will be a *floating reading* for the organization of the *Corpus*, a set of documents submitted to the analysis, expressed here by reading and re-reading the transcript of the interviews. The categorization occurs through descriptive procedure, given the following criterias: Repetition and relevance. The processing of data allows the construction of three categories of analysis, divided in turn into subcategories: **I-Professional Profile:**

a) **Time of training and medical practice:** There isn't any technical or assistencial prepare for these

professionals to work with mental health and old people's health in the public system, b) **characteristics of training and academic structure; II - Model of Attention:** a) **strategic dimension:** predominance of misunderstanding of the respondents in reorienting the care model b) **executive dimension:** Most doctors justify the failure of actions in the ESF attributing them to the federal government, resulting in the indulgence of the practice, c) **care dimension size:** predominance of the biomedical model, which differs from the proposal of the Unified Health System and psychosocial perspective. **III – clinical Aspects:** a) **Diagnosis:** association between depressive disorder and old age. b) **Therapeutics:** treatment without diagnosis, they treat “depressive symptoms without intervention and action on etiologic factors, theoretical and methodological confusion in understanding the emotional suffering of depression; c) **Prognosis:** Respondents, with the exception of one, do not understand the depression as having a cure, leading to chronic pharmacological treatment. The interviewees, both from the perspective of their academic biomedical and the psychosocial approach, cannot safely build an understanding of depression. Coupled with the fragility of academic education, there is the practice of doctors interviewed with divergent points of those recommended by the Unified Health System. The difficulty in assisting the elderly with emotional distress can lead to over reporting of depression cases. It is suggested ongoing training for staff of the FHS in care of the elderly health and Mental Health.

KEY-WORDS: Content Analysis, Elderly People, Depression Disorder, Family Health Strategy

APRESENTAÇÃO:

Esse trabalho foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área. Atendendo a essa determinação, esta dissertação está apresentada em duas partes:

- **Projeto de pesquisa:** apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: apresentação, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências, apêndice e anexos da pesquisa, com as alterações sugeridas pela banca examinadora na época de sua apresentação, em julho de 2007;

- **Artigo científico com os resultados da pesquisa.** A composição original desse documento tem a finalidade de acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas, uma vez que os mesmos já estão apresentados no formato rotineiramente adotado para as publicações da área.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychiatry Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Diagnostical Statistical for Mental Disease
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informações em Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO:

I – APRESENTAÇÃO.....	14
II -OBJETIVOS.....	19
2.1- Objetivo Geral.....	19
2.2- Objetivos Específicos.....	19
III- METODOLOGIA	
3.1- Local do estudo.....	20
3.2- Âmbito do estudo.....	20
3.3- Desenho do estudo.....	21
3.4 -Amostra.....	21
3.5-Coleta de dados.....	22
3.6- Análise dos dados.....	22
3.6.1- Da técnica de análise dos dados.....	22
3.6.2- Aplicabilidade da Análise de Conteúdo.....	23
3.6.3- A Análise.....	24
3.7- Aspectos éticos.....	24
IV- REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1-Depressão: os vários perfis que constituem o fenômeno.....	25
4.1.1- Breve História da Depressão.....	25
4.1.2 - Nosologia da Depressão: Sintoma e Queixa se confundem.....	28
4.1.3 - Depressão e Envelhecimento.....	31
4.1.4 -O sub-diagnóstico e o sobre-diagnóstico: tendências da depressão na velhice.....	31
4.2 - O SUS e a Atenção ao Idoso.....	35
4.2.1.- Equipe de Saúde da Família, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.....	37
4.2.2. Tratamento da Depressão em Idosos na ESF.....	39
4.2.3. ESF e Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e SUS caminham sobre mesmo horizonte:.....	40
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	
Apêndice I: Roteiro da Entrevista Semi-estruturada.....	44
Apêndice II: TCLE.....	46

I - APRESENTAÇÃO

A velhice traz consigo não só mudanças de caráter biológico, mas mudanças psicológicas próprias da idade avançada. Como toda situação humana de transformação, modifica a relação da pessoa com o tempo, com seu corpo, com o mundo e, portanto, com sua própria história. Segundo Beauvoir, *“a relação com o tempo é vivida diferenciadamente, segundo um maior ou menor grau de deterioração do corpo”* (BEAUVOIR, 1970, p. 57).

Mudar é a lei da vida, mas há um tipo de mudança específica que caracteriza a velhice, irreversível e desfavorável, o declínio físico e mental. Ainda que, mediante cuidados com a manutenção da saúde, esse declínio possa ter seu ritmo desacelerado, ele é inevitável, uma decorrência natural de ficarmos mais tempo neste mundo.

Tal é a inexorabilidade dos problemas decorrentes do envelhecimento que, existe uma construção estereotipada da imagem da velhice, sendo esta relacionada à tristeza, depressão, cansaço, doença, solidão, guardando proximidade com a morte (ZIMERMAN, 2000). Entretanto, essa generalização é cada vez menos verdadeira, dadas as possibilidades que hoje se apresentam para uma vida produtiva e com qualidade, mesmo na velhice avançada.

Hoje é considerado saudável o idoso que possui plena condição de exercer sua cidadania, ocupando seu espaço no mundo de forma ativa e participante, ainda quando portador de alguma doença crônica associada à velhice (BRASIL, 2006-I-). Desta forma, não se podem utilizar para o idoso os mesmos parâmetros de saúde usados para o restante da população. Como destaca Almeida (1999), o que é adequado a um adulto jovem não se aplica a um idoso.

A velhice requer cuidados especiais para manutenção da saúde. Variadas condições orgânicas e sociais predispõem o idoso a doenças. Além das patologias fisiológicas decorrentes da idade (hipertensão arterial e perda do cálcio ósseo, por exemplo), o idoso tem ainda maior tendência a padecer de transtornos depressivos e demenciais (ROZENFELD, 2003).

Nos idosos é relativamente mais freqüente a co-ocorrência de transtornos de ordem fisiológica e psíquica, cujos sintomas não raro mesclam-se e se confundem. Segundo Berlinguer (1976, p.17) *“há muitos quadros clínicos nos quais não existem demarcações claras entre doença física e mental, nos quais há modificações não apenas no comportamento social, como do comportamento biológico”*. E, de acordo com a OMS (1991), sem dúvida, as doenças e os transtornos

acumulam-se nos idosos com mais frequência que em grupos mais jovens. Estas doenças não só interagem entre si, mas também com variáveis do meio e aspectos do tratamento, produzindo um grupo de problemas característicos que afetam os cuidados e o tratamento.

Nesta perspectiva, há dois grandes desafios para uma correta atenção à saúde da população idosa. O primeiro deles é do diagnóstico psicopatológico em si; o segundo, o caráter fisiológico específico da pessoa idosa. Em ambos os casos, é necessária aprimorada investigação.

Dentre os transtornos de ordem psíquica, a depressão ocupa destaque entre os idosos. O grau de prevalência da depressão na população idosa (acima de 60 anos) é estimado, mundialmente, entre 1 a 10%, variando conforme os critérios diagnósticos e a população estudada (TAVARES, 2005). Ballone (2002) relata em estudo epidemiológico que, no Brasil, a prevalência ao longo da vida é de 16,8% para episódios depressivos.

A depressão traz, entre as suas perdas, prejuízos funcionais, como déficit em relacionamentos interpessoais e situações de vida diária, perda psicomotora e dificuldade na aderência a qualquer outro tratamento (BLAZER, 2000). Por isso seu diagnóstico acurado, para tratamento adequado, é de extrema relevância médico-social.

Entretanto, há evidências de que o diagnóstico de depressão nem sempre é confiável, pois grande variedade de distúrbios, além daqueles relativos ao envelhecimento, pode ser confundida com quadros depressivos. Tavares (2005, p. 416-417) destaca que:

“Muitas desordens clínicas e neurológicas e agentes farmacológicos podem produzir sintomas de depressão, como doenças endócrinas (hipotireodismo, doença de Addison, hiper e hipoparatiroidismo), doenças infecciosas e inflamatórias (AIDS, mononucleose, tuberculose, lupus, artrite reumatóide, etc), câncer (especialmente o de pâncreas), doenças cardiovasculares e metabólicas (déficit de B12 e ácido fólico)”

assim como demências degenerativas, Parkinson, demências vasculares, depressão pós AVC, epilepsia e neoplasias.

Suspeita-se que essa dificuldade de diagnóstico, possa induzir à prescrição excessiva de fármacos antidepressivos. De acordo com Monseguí et al. (1999), estudos realizados quanto ao uso de medicações por idosos apontaram a prevalência do uso de determinados grupos de

medicamentos, sendo os psicotr3picos o terceiro grupo mais utilizado. Dentre as classes terap3uticas mais consumidas, os psicol3pticos v3m em terceiro lugar (6,1%), e os antidepressivos comp3oem 4,4% das medica33es administradas em redund3ncia (uso de mais de um f3rmaco da mesma classe terap3utica).

Aliada 3 a dificuldade do fechamento do diagn3stico de depress3o, os m3dicos ainda t3m a delicada tarefa de avaliar a necessidade de prescrever psicof3rmacos a idosos diagnosticados. 3 necess3rio cuidado, porque, quase todo medicamento com a3o sobre o c3rebro pode causar prej3izo cognitivo em indiv3duos suscet3veis, notadamente em idosos.

Algumas subst3ncias s3o mais diretamente implicadas, como os benzodiazep3nicos, alguns opi3ides, anticolin3rgicos e antidepressivos tric3clicos (MOTTI, 2007). Herings et al. (1998) demonstraram, por exemplo, que o uso de benzodiazep3nicos est3 associado ao maior n3mero de quedas e de fraturas, especialmente quando a dose utilizada 3 elevada. Segundo os autores, os idosos s3o muito vulner3veis 3 complica33es, de forma que o objetivo do tratamento desses pacientes deve ser sempre reduzir a dose da medica33o utilizada e, quando poss3vel, suspender seu uso.

Santos et al. (2002), tamb3m apontam para a necessidade de cuidados especiais quanto ao diagn3stico de depress3o em idosos:

A abund3ncia de diagn3sticos incorretos ou mesmo corretos, n3o raro provoca outros problemas comuns em pacientes idosos como o uso inadequado de drogas e a polifarm3cia. (...) a prescri33o ao idoso deve considerar, al3m das peculiaridades da farmacocin3tica desta faixa et3ria, o custo e as dificuldades em se obter ader3ncia ao tratamento” (SANTOS et al, 2002, p.132).

Para auxiliar a efetividade do processo diagn3stico da depress3o, a OMS, em parceria com a American Psychiatry Association, APA, desenvolveu a “*S3rie de Informes T3cnicos 'Evaluaci3n de los M3todos de Tratamiento de Transtornos Mentales'*” (OMS, 1991), que apresentam crit3rios para enquadramento do paciente com transtornos ps3quicos de toda ordem, bem como a sugest3o de instrumentos para realiza33o de diagn3sticos diferenciais de acordo com as especificidades de alguns segmentos populacionais.

De acordo com o documento supracitado, a avalia33o da efic3cia do tratamento de qualquer transtorno mental em idosos deve levar em

conta os efeitos biológicos e psicossociais do envelhecimento. É comum que se apresentem vários transtornos ao mesmo tempo em pacientes idosos e o tratamento em um deles pode ter efeito nos demais. Por outro lado, “(...) *em todos os transtornos mentais na idade avançada o efeito do tratamento sobre o funcionamento da pessoa em sua vida cotidiana, incluída a necessidade de ser cuidado por outras pessoas, pode ser mais importante que o trabalho sobre a redução dos sintomas*” (OMS, 1991).

Diante da complexidade de se estabelecer o diagnóstico de depressão, em especial na população idosa, frente à polipatogênia que o envelhecimento comporta e aos aspectos constitutivos do transtorno depressivo, a literatura científica já conta com conhecimento produzido para nortear a terapêutica necessária no diagnóstico e prognóstico (OMS, 1991).

Além da anamnese e da entrevista clínica, há instrumentos como questionários e testes situacionais para auxiliar no processo do diagnóstico de depressão, em especial a população idosa (YESAVAGE, 1994), e configuram como apenas um dos elementos na investigação clínica para o fechamento diagnóstico, seus resultados não podem ser determinantes exclusivos na notificação da depressão (First, Frances & Pincus, 2002).

Desta forma, tem-se a depressão em idosos como fenômeno de grande magnitude e complexidade, amparado pela ciência médica através de instrumentos e procedimentos que sustentam a ação diagnóstica e o ato médico. Tal discussão aponta outra dimensão pertinente a esta questão, o universo e a racionalidade em que o diagnóstico ocorre, ou seja, como as ações em saúde pública dão conta deste problema.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006-I), define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade; é a equipe de saúde da família a responsável pelo acolhimento, tratamento e promoção da saúde do idoso.

O novo modelo de saúde se encarrega de assistir não apenas agravos de ordem fisiopatológica, mas também os psicossociais, “(...) *já que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.*” (BRASIL, 2006-K- p. 32). Deste modo, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família. A realidade das equipes de atenção básica

demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental (BRASIL, 2001-J-).

Na rede pública, a depressão mantém seu lugar de destaque dentre outros agravos de saúde, apresentando índices mais altos entre os pacientes dos serviços de Atenção Primária. (VALENTINIA, 2002)

Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) conduzido no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde mostrou uma prevalência de 29,5% para os transtornos depressivos (ÜSTÜN e SARTORIUS, 1995). A maioria dos indivíduos com depressão era atendida pelos serviços de atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebia atendimento de especialistas em saúde mental (ULRICH W, HOLSBOER F, JACOBI, 2001)

Outro estudo refere que, apesar da depressão ter uma taxa de prevalência relativamente alta nos serviços de atenção primária, seu diagnóstico e tratamento são insuficientes, de acordo com a pesquisa, os clínicos gerais falhavam na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e tratavam apenas um terço deles. (COYNE, BATES, 1995)

Mediante o exposto nesta apresentação, este estudo se propõe analisar como ocorre o processo diagnóstico de depressão em idosos, nas Unidades Básicas de Saúde, em Balneário Camboriú, SC, assistidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, verificando qual é a compreensão do médico de saúde da família acerca da depressão na velhice, e qual o conjunto de procedimentos adotados pelos profissionais para o diagnóstico e prognóstico dos idosos na rede pública.

Busca-se levantar quais os critérios seguidos pelos médicos destas unidades no fechamento de um diagnóstico, quais as limitações encontradas na realização do diagnóstico, e como ocorrem tratamento, medicalização ou encaminhamento destes casos no âmbito da Saúde Pública do município pesquisado.

Conhecer o que leva os médicos da Estratégia de Saúde da Família a levantar diagnóstico de depressão e adotar determinada linha terapêutica, é condição determinante para compreender a racionalidade e a prática exercida nas unidades de saúde (na perspectiva da saúde mental).

Ao realizar este estudo, espera-se contribuir para que o setor da saúde seja capaz de responder adequadamente às necessidades que o envelhecimento revela e, por outro lado, que pessoas idosas, envolvidas neste processo, usufruam de diagnósticos seguros que estes venham,

junto com a abordagem adequada, torná-las aptas a inserir-se no mundo, movendo-se sem a dependência do outro.

O referencial teórico que norteia este trabalho corresponde a abordagem psicossocial construída com a base epistemológica do materialismo-histórico, onde o olhar não se reduz à doença, mas estende-se à pessoa como um ser social, onde seu psicológico se define a partir da dimensão sociológica.

Busca-se revelar como a Saúde Pública em seu cotidiano atua na assistência a saúde mental do idoso, e, verificar se há a compreensão dos profissionais da pesquisa, da saúde mental e do envelhecimento como um processo e não um modelo ou sistema fechado, processo que é social (AMARANTE, 2007), que deve considerar novos elementos, situações e atores sociais, abordando o idoso através de sua história de vida, e não apenas do conjunto de sintomas que caracterizam uma patologia.

A análise dos dados e os resultados dessa pesquisa serão apresentados em um artigo, que deverá ser submetido a um periódico da área, a ser definido, com classificação QUALIS equivalente “A” nacional ou superior.

Pergunta de Partida

Diante da complexidade do tema, foi definida a pergunta de partida que serviu como fio condutor para o estudo.

- De que modo o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos vem sendo realizado pelos médicos da ESF no município de Balneário Camboriú?

II - Objetivo

2.1. Objetivo Geral:

- Analisar o processo de diagnóstico do 'transtorno depressivo' em idosos realizado pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde de Balneário Camboriú.

2.2. Objetivos Específicos:

- Apontar quais os critérios diagnósticos utilizados pelos médicos para enquadramento do diagnóstico de depressão e interação medicamentosa;
- Estabelecer paralelo entre a prática institucional dos médicos da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e o recomendado pelos Comitês Técnicos da OMS, DSM-IV(ano/referencia); prática

institucional dos médicos da ESF e o recomendado pela legislação do SUS.

- Propor ações para otimizar o trabalho dos profissionais da ESF no diagnóstico, tratamento e profilaxia do transtorno depressivo no idoso.

III – METODOLOGIA:

- Levantamento bibliográfico e documental para embasamento teórico ao projeto de pesquisa, através de livros, publicações científicas, consultas à base de dados da SES (Secretaria Estadual de Saúde de SC) e SIAB (Sistema de Informações em Atenção Básica) do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do município de Balneário Camboriú.
- Entrevista semi-estruturada com profissionais da saúde para coleta de dados referentes ao processo diagnóstico da Depressão¹ em idosos no cotidiano da unidade. Compreende instrumento de coleta a ser adaptado à realidade da amostra populacional;
- Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas com os médicos (BARDIN, 1977);
- Articulação dos dados obtidos pelas entrevistas semi-estruturadas dos profissionais da saúde com os resultados da aplicação do questionário, para tratamento e análise dos dados e resultados obtidos.

3.1 - Local do estudo:

Todas as unidades de Atenção Básica do município de Balneário Camboriú e Estratégia de Saúde da Família, compondo o total de sete unidades (Apêndice III), com cobertura de 45% da Estratégia de Saúde da Família, compreendendo 5.780 de população idosa.

3.2 - Âmbito do estudo:

A cidade de Balneário Camboriú, localizada na região litorânea central do estado de Santa Catarina, possui 101 mil habitantes, sendo que desta população, em torno de 10 mil são idosos, perfazendo aproximadamente 10% da população (IBGE, 2005).

¹ O conceito de Depressão utilizado neste trabalho está detalhado no Referencial Teórico, pág. 26

Criada oficialmente em 1984, a Secretaria da Saúde é administrada pelo Secretário Municipal de Saúde, e pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde, com colaboração e fiscalização do Conselho Municipal da Saúde. Balneário Camboriú está habilitada, desde 1998, na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Isso significa que o município é responsável pela gestão e administração de todos os recursos destinados aos serviços e ações do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal.

A Secretaria da Saúde mantém postos de saúde nos bairros das Nações, Municípios, Barra, Nova Esperança, Vila Real, Avenida dos Estados, onde atuam equipes de Estratégia de Saúde da Família; um ambulatório central, com 19 especialidades médicas; ainda conta com oito unidades especializadas, dentre elas o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).²

A Estratégia de Saúde da Família ocorre nas sete Unidades Básicas de Saúde, UBSs, e se divide em 15 grandes áreas de abrangência, onde se distribuem: 66 agentes de saúde, 14 enfermeiras, e oito médicos, atendendo aproximadamente 42.900 usuários da rede pública, em torno de 3430 deles, idosos.

3.3 - Desenho do Estudo:

Este estudo caracteriza-se por abordagem qualitativa, é *transversal*, pois os dados são coletados em um só momento, envolvendo apenas uma situação de contato com os sujeitos de pesquisa. As pesquisas transversais possibilitam planejar e avaliar sistemas e programas de saúde (MEDRONHO, 2004).

Quanto aos instrumentos, é *descritiva-analítica*, onde se realiza a descrição dos dados para posterior análise, através da técnica de Análise de Conteúdo.

3.4 – Amostra:

A amostra é composta por todos os médicos de saúde da família que trabalham nas unidades pertencentes ao local do estudo demarcado, em um total de oito médicos.

2

Para maiores informações buscar em: site: [www. Prefeitura Balneário Camboriú](http://www.PrefeituraBalneárioCamboriú)

3.5 - Coleta de Dados: Procedimentos e Instrumentos:

Procedimentos:

- Apresentação do projeto de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde e permissão para entrada nas Unidades de Saúde;
- O contato com os médicos, pessoalmente nas unidades de saúde, mediada pela coordenação das Unidades, esclarecendo e justificando o processo da pesquisa, bem como a entrega do TCLE para as pessoas que concordarem em participar.

Instrumento:

- **Entrevista semi-estruturada** (APÊNDICE I) com os médicos da ESF para verificar os procedimentos adotados e os critérios utilizados para diagnosticar a depressão em idosos, e como ocorre prognóstico e tratamento. As entrevistas com os médicos serão constituídas por questões abertas, marcadas por uma relação proposta por tópicos, sem delimitar respostas pré-estabelecidas.

As entrevistas semi-estruturadas foram eleitas como instrumento por corresponder ao propósito da pesquisa, viabilizando resultados com maior fidedignidade. De acordo com Turato (2003, p.337), as entrevistas semi-estruturadas são usadas “(...) *quando os pesquisadores querem informação mais específica, onde o entrevistador introduz o tópico e então guia a discussão para perguntar questões específicas*”.

Também para Morse e Field (in: Turato, 2003), a entrevista semi-estruturada é útil porque sua técnica garante que o pesquisador obterá todas as informações requeridas, e dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos.

O primeiro contato entre o entrevistador e o entrevistado deve ter presente o *Rapport*, que se dá através da apresentação mútua, com a menção do interesse da pesquisa e a justificativa do por que da escolha do entrevistado; esta situação é definidora para o bom andamento das entrevistas, pois aponta o vínculo de confiança que o entrevistado deve ter, para que não ocorram possíveis vieses de informação (TURATO, 2003).

3.6 - Análise dos resultados:

3.6.1- Da técnica de Análise dos Dados:

Para a organização do conhecimento obtido pela pesquisa, optou-se pela técnica de Análise de Conteúdo, estruturada a partir dos trabalhos de Laurence Bardin (1977), e da re-leitura de Turato (2003) sobre o tema; Bardin (1977, p.42) a conceitua como um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, inferência de conhecimentos relativos ao objeto da pesquisa, Turato (2003) acrescenta que as técnicas de análise de conteúdo estão para as pesquisas qualitativas, tal como as técnicas estatísticas estão para as pesquisas quantitativas.

Para Bardin, a Análise de Conteúdo será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (1977, p.31); dentre os domínios possíveis de sua aplicação a '*análise categorial temática*' foi escolhida como forma de análise para explorar o objeto de pesquisa, – *Processo Diagnóstico de Depressão em Idosos na Rede Pública*.

O trabalho não se restringe à descrição dos conteúdos, a análise não se esgota em descrever o conjunto de procedimentos realizados pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família- ESF- mas visa articular e comparar esta descrição com o subsídio teórico que lhe é pertinente, objetivando o debate do tema.

3.6.2. Aplicabilidade da Análise de Conteúdo:

A tematização do objeto de pesquisa – *processo diagnóstico de depressão em idosos na rede pública* foi elaborada através da *Análise de Conteúdo* de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com médicos das ESF; o caminho metodológico transcorreu nas seguintes etapas:

1ª. Escolha da amostra: de acordo com o objeto de pesquisa, *o universo*, aqui, é composto por todos os médicos que atendem nas Unidades de Atenção Básica em Balneário Camboriú, e a *amostra* constitui-se de todos os médicos atuando na Estratégia de Saúde da Família, num total de 08 entrevistados.

2ª. Elaboração do roteiro de entrevista: semi-estruturada, e aplicação de 03 'entrevistas-piloto' com médicos que trabalham na rede pública, e que não faziam parte da amostra, para reajuste do instrumento de coleta de dados.

3ª. Aplicação de entrevistas: gravadas com a autorização dos participantes e, depois transcritas, sendo os sujeitos identificados de M01 a M08, mantendo o sigilo da identidade e da unidade de saúde.

3.6.3. A Análise:

1ª. Leitura flutuante: para a organização do *Corpus*, o conjunto de documentos submetidos à análise, expresso aqui pela leitura e releitura da transcrição das entrevistas realizadas.

2ª. Constituição das Categorias, derivadas das questões norteadoras da entrevista semi-estruturada. A categorização ocorreu através de procedimento descritivo, seguindo critérios de:

a) Repetição - investigação daquilo que cada uma das unidades (elementos de análise) tem em comum com as outras, distinguindo e destacando as colocações reincidentes dentro do objeto que se busca na entrevista;

b) Relevância - destacar pontos falados que não se repetem no conjunto do material coletado, mas apresentam uma “fala rica em conteúdo a confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação”, e que merece destaque por encaminhar a discussão de um pressuposto inicial do projeto.

3ª. Pré-teste de Análise: com a construção de quadros para testagem das categorias sugeridas.

4ª. Análise de Categorias segue com os processos de classificações, 'colocação em gavetas', é a unificação dos elementos de análise em categorias, a partir das *Unidades de Contexto* e das *Unidades de Registro*.

Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: o inventário: isolando os elementos comuns; a classificação, repartindo os elementos e impondo organização ao conteúdo do corpus.

5ª. Tratamento dos resultados: Inferência e Interpretação:

O tratamento dos dados possibilitou a construção de três categorias, divididas em subcategorias:

I - Perfil Profissional: a) Características da Formação Acadêmica no Preparo à Assistência em Saúde do Idoso e Saúde Mental; b) Tempo de formação e exercício da Medicina.

II – Modelo de Atenção: a) Dimensão estratégica; b) Dimensão executiva; c) Dimensão assistencial.

III – Aspectos Clínicos: a) Diagnóstico; b) Terapêutica; c) Prognóstico.

3.7 - Aspectos Éticos

Serão recolhidas apenas as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo. O banco de dados será montado com

restrição de acesso aos dados de identificação dos sujeitos da pesquisa. Após a fase de entrevista, não haverá mais qualquer tipo de identificação durante a fase de análise. Este banco de dados será mantido em computador de uso exclusivo da pesquisadora principal.

O protocolo da pesquisa foi devidamente submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina/CCS, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo I).

Neste protocolo, entre outros documentos exigidos pelo referido comitê, foram previstos o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para os médicos (Apêndice II). Foi encaminhado documento introdutório endereçado ao Secretário da Saúde do município, para sua ciência e aceite ao projeto de pesquisa, durante reunião agendada.

IV - REFERENCIAL TEÓRICO:

No campo da saúde mental há duas linhas que norteiam a reflexão sobre a discussão da prática: o modelo biomédico e a abordagem psicossocial, enquanto o primeiro busca tratar a doença descontextualizando-a de seu portador, o segundo busca conhecer a pessoa e a rede sociológica implicada em seu sofrimento emocional. Este trabalho transita entre a discussão destas abordagens, já que é assim que a realidade se apresenta; contudo, o caminho para a reflexão crítica que a pesquisa possibilita é norteado pela concepção psicossocial do que é a assistência a Saúde Mental.

O subsídio teórico apresentado estrutura-se em dois planos, do objeto em si, e do objeto em seu contexto: o primeiro aborda o fenômeno da Depressão, traçando esboço de sua dimensão histórica e técnico-científica e do diagnóstico da depressão na pessoa idosa; o segundo contextualiza como a Saúde Pública trata este problema em seu espaço político social expresso pelo SUS.

4.1 – Depressão: Os vários perfis que constituem o fenômeno:

4.1.1-Breve História da Depressão:

A depressão é um dos fenômenos de maior prevalência no âmbito da saúde mental; de acordo com Aguiar (2004) nenhuma doença apresenta uma curva ascendente tão acentuada, a não ser em situação de

epidemias, assemelhando sua propagação a de uma doença infecciosa. O autor cita Pignarre ao referir que, em 10 anos (1980-1991), o número de pacientes deprimidos aumentou em um milhão. Numa escala global de comparação entre as doenças e projeções, indicam que, em 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade nos países desenvolvidos e a primeira causa nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2006-A-).

Apesar de ser considerada como uma psicopatologia milenar, conhecida já na Grécia como melancolia ³, é apenas a partir da década de 50 que sua notificação garante seu espaço na história da medicina, coincidindo com o período em que as indústrias farmacêuticas criam os antidepressivos clássicos.

A depressão como psicopatologia é entendida em sua gênese de formas diversas, sendo expressa por duas grandes linhas de pensamento: por um lado há a compreensão dos ‘padecimentos anímicos’ (COSER, 2002) como um objeto muito mais da prática social que da ciência biomédica, onde a relação do homem em seu contexto sócio-histórico é elemento determinante do sofrimento psicológico; já as neurociências abordam a depressão como uma disfunção do metabolismo neuronal. Pignarre (apud: AGUIAR, 2004) reafirma existência das duas abordagens: a sociológica, onde a depressão resulta de uma sociedade desumana e estressante e a segunda, de origem organicista, em que a depressão decorre de predisposição biológica.

Para melhor compreender o fenômeno depressivo, é necessário conhecer a evolução do processo epistemológico que culminou na formulação do conceito de depressão atualmente referenciado pelo DSM-IV, situando-o com acuidade, segurança e juízo crítico frente à prática na saúde mental do diagnóstico de depressão e a homogeneização que vem sendo feita no campo desse padecimento; para Coser (2002), há grande indistinção do uso feito da categoria depressão, sendo freqüente considerarem como depressão, estados tão variáveis que vão do cansaço ao tédio.

Acompanhando a trajetória da depressão como psicopatologia, ocorrem mudanças no campo das pesquisas em saúde de casos clínicos referentes à saúde mental. A partir da década de 50, o interesse em estudos detalhados de casos singulares clínicos, mudou para o coletivo e

³ O acervo disponível na página da Divisão História da Medicina da National Library of Medicine pode fornecer mais referências sobre a história da depressão: <http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/index.html>.

busca-se apreender populações, desta forma, há a necessidade da homogeneização de critérios diagnósticos para a comparação de populações (COSER, 2003). Neste momento, há um forte movimento da ciência para a edificação da abordagem organicista da depressão; a teoria dos metabólitos de catecolaminas na urina, possibilitando a detecção da doença mesmo sem qualquer manifestação, leva a Paykel (1992:4) mais tarde afirmar que: *“é possível que uma variável bioquímica, mais que um subtipo clínico, prediga a resposta”*.

O primeiro antidepressivo, criado em 1956 pelo laboratório Geigy foi a imipramina, (COSER, 2002). Este fato coincidiu com a criação do 1º DSM em 1954, *Diagnostical Statistical Manual Mental Disease* – construído pela American of Psychiatry Association – APA em parceria com a OMS - Organização Mundial da Saúde, utilizado universalmente e com o reconhecimento da comunidade científica, que classifica as desordens mentais, estabelecendo critérios constituídos por um conjunto de sintomas.

Em sua primeira edição, o DSM possuía 130 páginas e 106 categorias diagnósticas. Hoje em sua quarta edição (1994), apresenta 886 páginas e 287 categorias, com previsão para o DSM-V em 2012. (DSM-IV, 2002).

Os manuais criados pela APA adotam esquema multiaxial, para cada transtorno codificado existe a classificação em ‘diretrizes diagnósticas’, que indicam o número de sintomas cuja presença é necessária para que um diagnóstico confiável possa ser feito, o empenho é direcionado a uma especificação de sintomas necessários para o estabelecimento de cada diagnóstico. (First, Frances & Pincus, 2002)

Contudo, a OMS busca deixar clara a inconsistência teórica e epistemológica do fenômeno da depressão referido pelo DSM-IV, onde se prioriza a classificação e não a compreensão (AGUIAR, 2004).

Na década de 60, o diagnóstico por ‘*screening*’ é difundido, consistindo em entrevistas estruturadas ou escalas diagnósticas e questionários para quantificação das queixas. Na produção de novos instrumentos para detecção de casos, os procedimentos clínicos tidos como científicos: observação - formulação da hipótese – teste da hipótese - são deixados em segundo plano; e assim, o que poderia ser um instrumento mediador do processo, passa a ser definidor do campo psiquiátrico, onde vemos a norma estatística ocupando o lugar do verdadeiro (LAURENT, 1989a: 95 in: AGUIAR, 2004), o ‘padrão ouro’ para o diagnóstico passa a ser representado por questionários que enquadraram dentro dos critérios do DSM, a pessoa com depressão.

Paradoxalmente, a mesma organização, OMS, que recomenda cautela no uso do manual e de instrumentos tipo screening⁴ e ressalta a importância da significância clínica para o diagnóstico diferencial da depressão, constrói, em co-autoria com a indústria de medicamentos Eli Lilly National Clinical Audit Center (WHO, 1996), um manual de critérios de avaliação diagnóstica da depressão na atenção básica, traduzido em diversas línguas e direcionado aos médicos da atenção básica, sugerindo a necessidade de identificar casos sub-notificados de depressão, utilizando-se dos instrumentos quantitativos que anteriormente criticou.

4.1.2 - Nosologia da Depressão: Sintoma e Queixa se confundem

Para a execução de um bom diagnóstico, a prática médica recomenda a identificação do *marcador biológico* específico que caracterize determinada doença, identificar e isolar este sinal permite distinguir com precisão a doença da qual o paciente padece, de outras que geram sintomas semelhantes, um exemplo é a tuberculose identificando e isolando o vírus efetiva-se o diagnóstico.

A boa ferramenta na medicina é aquela que permite definir o diagnóstico sem se basear na narrativa do paciente, o diagnóstico confiável é aquele que independe da narrativa do paciente e da avaliação subjetiva do médico sobre o paciente, e do paciente sobre seus sintomas (AGUIAR, 2004). Entretanto, a saúde mental não segue a mesma regra, não há marcador biológico que aponte a etiologia de um transtorno depressivo.

O diagnóstico em saúde mental implica a avaliação do profissional no encontro com o paciente, viabilizada pelo interrogatório, oitiva das queixas e observação; *“Historicamente sempre que se encontrou um marcador biológico para uma patologia psiquiátrica, este passou para o domínio de outra área da medicina, como epilepsia e paralisias cerebrais”*. (AGUIAR, p.54, 2004)

A depressão não é provocada por um só fator. Há um entrecruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que fazem com que a depressão se manifeste em determinado sujeito. (STOPPE e LOUZÃ, 2007).

4

Testes para avaliar quadros psiquiátricos com questões fechadas.

Na prática clínica, muitos pacientes trazem a queixa 'estou deprimido', utilizando-se da categoria diagnóstica difundida já mais de 30 anos no saber leigo e científico para definir um estado de espírito, sendo muitas vezes o suficiente para determinar o diagnóstico.

“Se a escuta do profissional for apressada, a queixa prontamente encontrará correspondência numa entidade clínica que a nosologia reconhece como a Depressão, e a este reconhecimento, habitualmente, seguem-se dois desdobramentos: ou a psiquiatrização da queixa ou a psicologização da clínica” (COSER, 2002, pag.34)

De acordo com First, Frances & Pincus, 2002, diante de um sintoma ou grupo de sintomas específicos “*é nosso trabalho selecionar, do amplo universo de condições do DSM-IV-TR, aquelas doenças que possam ser responsáveis por eles.*” (p. 07). Munidos dessa lista inicial de possibilidades, o próximo passo é coletar informações adicionais (história pessoal, história familiar, exame do estado mental ou investigações laboratoriais) que permitam separar da lista uma única opção ‘mais provável’, que passa a ser o diagnóstico que norteia o plano de trabalho inicial; os autores ainda frisam que o diagnóstico requer tempo, para se confirmar os aspectos indicadores da patologia em curso.

A depressão é classificada pelo DSM- IV (1994) dentro da categoria de transtornos de humor, estes pertencem a uma categoria diagnóstica que engloba os transtornos do humor bipolar (mania, hipomania, depressão bipolar, estados mistos e ciclotimia) e os unipolares (depressão maior e distímia). Dentro dessas seis categorias onde a depressão é variável independente, ainda tem-se a difícil empreitada de distinguir os vários sintomas que se sobrepõem em cada uma de suas classificações.

O uso do termo depressão na aplicação e análise desta pesquisa refere-se a classificação do DSM-IV (1994) em duas de suas categorias: Depressão Maior e Distímia, por representarem a demarcação do diagnóstico entre o sofrimento emocional patológico da depressão (se intenso, depressão maior; se crônico, distímia) e o existencial; esta demarcação se faz necessária para este estudo, já que a literatura da psiquiatria clássica impõe lista extensa de análogos à quadros psiquiátricos que envolvem depressão.

Para se identificar a Depressão Maior, de acordo com os critérios adotados mundialmente pelo DSM-IV, deve haver o humor deprimido presente durante período de duas semanas ou mais (todos os dias ou quase todos os dias), refletindo alteração na realização de suas atividades cotidianas, associados a – pelo menos – quatro outras

alterações, das elencadas pelo DSM-IV. São elas: perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersonia; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar (DSM-IV, 1994).

O transtorno distímico, forma menos severa de depressão, é caracterizado por depressão crônica, com humor deprimido presente por dois anos ou mais, e a presença de apenas um dos sintomas do transtorno depressivo maior como critério (DSM-IV, 1994).

Há também a possibilidade da depressão atípica, conhecida como transtorno depressivo sem objeto específico – SOE -, quando não se reúnem critérios específicos para um transtorno de humor depressivo maior ou distímia. Este diagnóstico se justifica quando os sintomas são clinicamente significativos, e não há presença de objetos que caracterizem o luto ou o transtorno de ajustamento a fatores estressores, além do transtorno maior e distímico. (DSM-IV, 1994; KAPLAN e SADOCK, 1998).

Para a distinção de quadros patológicos com sintomas tão semelhantes, o DSM-IV sistematizou diretrizes para o processo diagnóstico, destacando os elementos diferenciais de cada uma das psicopatologias nele elencadas, tal processo é conhecido como *Diagnóstico Diferencial*. Este se fundamenta na noção de que se deve escolher uma única possibilidade dentro de um grupo de diagnósticos mutuamente excludentes, para melhor explicar determinado quadro sintomático, sendo dividido em seis passos básicos (FIRST, FRANCES & PINCUS, 2002): 1º. Excluir simulação ou transtorno factício; 2º. Excluir etiologia por substância; 3º. Excluir condição médica geral etiológica; 4º. Determinar transtorno primário específico; 5º. Diferenciar Transtorno de Ajustamento 'Sem Outra Especificação' (SOE); 6º. Estabelecer a fronteira com “ausência de transtorno mental”.

Cabe frisar que, cada patologia exige um procedimento clínico, terapêutico, que viabiliza determinado prognóstico⁵. No caso da saúde mental a regra continua a mesma, contudo, nem sempre a terapêutica utilizada se apóia no diagnóstico, por vezes se tratam os sintomas sem antes constituir o diagnóstico psicopatológico.

O manual diagnóstico dos transtornos psíquicos visa delimitar,

⁵ Sendo terapêutica o tratamento adotado, e, prognóstico a evolução do processo patológico, podendo apontar tanto o agravamento quanto a cura da doença.

através de critérios, formas de depressão, compreendendo depressão maior e distímia como fenômenos de natureza distinta. Para diagnósticos distintos se supõe terapêuticas específicas. Desta forma, o tratamento e prognóstico do distímico serão distintos daquele realizado para a depressão maior, ou para a tristeza existencial.⁶

Muitas vezes, o uso do termo depressão mascara vários perfis existentes nos diversos modos de padecer um sentimento depressivo: desconsolo, desesperança, abatimento, desalento desânimo e desilusão – favorecendo sua medicalização abusiva. (COSER, 2003). Deve-se ter claro que ‘*episódios depressivos, quadros depressivos e sintomas depressivos*’, não se caracterizam como transtorno depressivo, mas fazem parte do mesmo, assim como da vida de relações das pessoas como elemento situacional e não patológico.

Para Gervas (2006), muitas vezes as classificações psiquiátricas, com suas múltiplas categorias diagnósticas de duvidosa validade científica, ajudam na generalização do uso de antidepressivos, e na evolução natural da depressão “*situación en la que «se entra y se sale» sin que sepamos bien por qué*” (p. 131)

A seguir, será exposta a articulação entre a ocorrência do transtorno depressivo e o fenômeno do envelhecimento.

En todo caso,48,50. Por todo ello, se precisa de una intensa actividad de prevención cuaternaria de la depresión y la ansiedad en la práctica diaria española, para lograr que los beneficios superen los daños previsibles.

4.1.3. Depressão e Envelhecimento

A velhice possui forte associação ao sofrimento da depressão, já que elementos constitutivos do diagnóstico de transtorno de humor depressivo, bem como dos episódios de humor deprimido, de acordo com o DSM-IV (2002), têm maiores possibilidades de ocorrer que em outras faixas etárias: luto, perdas profissionais e financeiras, comorbidades que causam algum tipo de dependência física, reação ao uso de polifármacos, são situações mais passíveis a um idoso que ao adulto

⁶ Tristeza existencial corresponde à emoção reativa a situações experimentadas ao longo da vida.

mais jovem.

Segundo Oxman (1990), é particularmente difícil diagnosticar a depressão em idosos, pois essa população apresenta comumente uma série de condições mórbidas e desconfortos (perda de apetite, pensamentos recorrentes, diminuição de libido, dores, etc.) mesmo em ausência de depressão.

A deterioração cognitiva, muitas vezes já está presente previamente no idoso deprimido, o que torna mais difícil o dito reconhecimento e complica, em algumas ocasiões, a evolução da síndrome. Os fatores de risco vascular e a maior frequência no consumo de fármacos também contribuem para que a síndrome depressiva no idoso adquira peculiaridades especiais e que se deve ter em conta. (OXMAN, 1990)

Depressão e doença física estão relacionadas, e são de suma importância para o idoso, devido a redução das reservas funcionais, as alterações no mecanismo de homeostase e alterações nos diversos sistemas orgânicos, além do grande número de doenças crônicas e aumento do número dos medicamentos utilizados, que levam o idoso à sua vulnerabilidade frente à depressão (ARAÚJO, 2006).

A reserva de neurônios cerebrais encontra-se reduzida e, portanto, é mais provável que apresentem psico-síndromes orgânicas como o delírio agudo, quando se produzem estados como intoxicação ou carência nutricional, que pode levar a encefalopatia (OMS, 1991), facilmente confundido com sintomas de depressão.

A diferenciação entre sintomas relacionados à depressão e os relacionados às alterações associadas ao envelhecimento, torna-se indispensável para o estudo clínico e psicopatológico da depressão nos idosos.

Para Stoppe, Jr. e Louzã, Neto (2007), apesar de não haver uma depressão específica para o idoso, há particularidades em sua apresentação clínica que podem dificultar o diagnóstico: menos humor deprimido e mais anedonia⁷; menos sintomas psicológicos que somáticos; maior presença de déficit cognitivo, maior frequência de associação com doença física. Os autores acrescentam que, pelo fato da depressão não ter um marcador biológico, portanto não poder ser diagnosticada por exames auxiliares, o diagnóstico permanece sendo

⁷ Tristeza, desânimo,...

clínico, baseado na avaliação de sinais e sintomas, sendo que as particularidades do idoso dificultam ainda mais esta avaliação.

Estudo realizado na Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo (ALMEIDA, 1999) aponta que 59% dos pacientes atendidos com diagnóstico de transtorno depressivo foram encaminhados para tratamento ambulatorial, enquanto 20,3% necessitaram de acompanhamento em regime de internação. Tais números acarretam considerável ônus para a saúde pública e para a independência e autonomia da pessoa idosa em nossa sociedade.

Segundo Cvjetkoviä (2000), a taxa de suicídio entre os idosos é muito alta, sendo que cerca de 90% destes sofrem de depressão. O tratamento adequado da depressão inclui a redução e a solução dos sintomas depressivos, prevenindo sua recorrência, desta forma melhorando a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade e os custos com saúde. Para Chem (1999), a depressão aumenta em 80 a 83% a incidência de óbitos entre pessoas idosas.

A prevenção e a identificação correta do transtorno depressivo em idosos representam ganho econômico para o sistema público de saúde, e ganho social para o idoso, portanto, sua prática deve ser discutida no âmbito da saúde pública.

A dificuldade da precisão diagnóstica no transtorno depressivo suscita uma série de considerações para as ciências humanas e da saúde frente a situação epidêmica⁸ que os números apontam. A fronteira entre os casos e não-casos da depressão em idosos se mescla e se confunde dentre tantas alternativas possíveis. Até aonde tristeza existencial sobrepõe-se ao sofrimento psíquico da depressão como psicopatologia? O claro discernimento nos aponta o caminho da terapêutica adequada e do prognóstico possível, o equívoco nos leva a um processo iatrogênico⁹ para a saúde mental do idoso.

4.1.3- O sub-diagnóstico e o sobre-diagnóstico: tendências da depressão na velhice

A literatura científica aponta várias publicações mostrando a necessidade de levantar casos ainda não diagnosticados, mas existentes, do transtorno depressivo, tidos como sub-diagnosticados. Apesar da

⁸ Refere Phillipe Pignarre em seu livro "*Comment la dépression est devenu une épidémie*"(2001)

⁹ Emprego freqüente para designar erros da conduta médica; iatrogenico: designa doenças derivadas de praticas médicas equivocadas. (HOUAISS, 2001)

busca em revelar agravos de saúde sub-notificados ser um dos alicerces da saúde pública, no caso da saúde mental e em específico da depressão, requer-se uma discussão mais detalhada.

Dentre as patologias diagnosticadas em idosos, de acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 50 a 60% dos casos de transtorno depressivo, não são detectados, tornando a depressão sub-diagnosticada e sub-tratada. Se os profissionais de saúde não estiverem atentos para a identificação desses sinais e sintomas ou por considerá-los parte normal do processo de envelhecimento, o diagnóstico passará despercebido. Os índices de reconhecimento dos sinais e sintomas de depressão e conseqüente instituição de uma terapêutica adequada são baixos, especialmente, na Atenção Básica. (BRASIL, 2006-A-)

Para Kessler et al.(2003), apesar do aumento do diagnóstico da depressão, estima-se que de 30% à 50% dos idosos deprimidos permanece sem diagnóstico e, portanto, sem tratamento adequado. Stoppe e Neto (2007) apontam que, mesmo com altas taxas de prevalência do transtorno depressivo em idosos que procuram serviços de saúde, a depressão nos idosos continua sub-diagnosticada e sub-tratada.

Se por um lado, a literatura técnica- científica sugere a depressão como uma patologia com elevada taxa de sub-notificação, dada a complexidade da efetivação de seu diagnóstico, como sua própria história traduz, por outro lado, depressão e velhice são substantivos facilmente tidos como sinônimo, o que pode nos levar ao outro lado da moeda, a sobre-notificação.

A sobrenotificação caracteriza-se pelo erro diagnóstico em detectar patologia inexistente, criando novos casos, conhecido nas ciências médicas como 'falso-positivo'. Um falso-positivo do diagnóstico de transtorno depressivo, corresponde a 'sobre-medicalização', a terapêutica desnecessária e a falha no tratamento de um quadro de sintomas que corresponde à outra patologia, ou , quando mais, a nenhuma patologia psiquiátrica, que, entretanto, trata-se com farmacologia.

Para Gérvas (2005), o aumento do diagnóstico da depressão acompanha o da prescrição de antidepressivos, sem saber-se ao certo se a maior frequência do diagnóstico da depressão é certa, ou se ocorre para justificar a prescrição. De acordo com o autor, faz-se necessária a prevenção quaternária da depressão, a prevenção que evita ou atenua as conseqüências da atividade excessiva ou desnecessária do sistema sanitário, especialmente em populações de pacientes frágeis, como idosos e

pacientes crônicos.

A condição em que o diagnóstico do transtorno depressivo apresenta-se na população idosa deve ser discutida, já que a linha que demarca a efetiva assistência ao sofrimento psíquico da medicalização da tristeza existencial e dos problemas sócio-econômicos apresenta-se tênue.

O capítulo a seguir situa o papel das políticas públicas na assistência à saúde do idoso e sua articulação, em particular, com o diagnóstico da depressão.

4.2 - O SUS e a Atenção ao Idoso:

Na saúde, pode-se considerar como um marco no Sistema Único de Saúde, a Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Dentre as áreas prioritárias de atuação, situa-se a saúde da população idosa (BRASIL, 2006-G-).

Nesse documento, pela primeira vez na história do SUS, a saúde da população idosa consta como prioridade das três esferas de governo e são destacadas ações estratégicas para que essa prioridade se efetive. Ao longo deste processo de pactuação, na Comissão Intergestora Tripartite, foi feita uma revisão e atualização da Portaria N° 1.395/GM (BRASIL, 1999-F-), e assinada nova Portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006-I-). Essa política tem como objetivo trabalhar dois grandes eixos, idosos frágeis e independentes, e tem como paradigma a capacidade funcional da população.

De acordo com a lei, a funcionalidade transcende o cuidado à doença. A compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece não envolve somente saúde física e mental, mas também condições socioeconômicas e a capacidade do auto-cuidado, que irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa. Nesta perspectiva, a avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional da população idosa (BRASIL, 2006-I-).

O modelo de atenção à saúde da população idosa deve estar ancorado nos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, implica entender o modelo de atenção referenciado na vigilância, na assistência e na reabilitação, como dimensões interdependentes e integradas do trabalho em saúde. O desafio é organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa

todos os níveis de atenção, promovida por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar.

Para que as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sejam implementadas é necessária a capacitação dos profissionais, com prioridade àqueles que atuam na Rede de Atenção Básica. O objetivo, dos processos de capacitação, deve ser instrumentalizar os profissionais para detecção de doenças, agravos e situações de risco, estabelecendo medidas de cuidado, prevenção e promoção da saúde a partir de intervenções individuais e coletivas. (BRASIL, p. 638, 2001-J-)

A atenção à saúde da população idosa no SUS se dará, preferencialmente, pela Rede de Atenção Básica, através da ESF, tendo o suporte de serviços de referência especializada, tanto em nível de média e de alta complexidade.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a busca ativa da população idosa através da ESF visa identificar a população idosa frágil ou em processo de fragilização, uma vez identificadas, passam por avaliação e propedêutica nas Unidades Básicas de Saúde e as que necessitarem serão encaminhadas para serviços de referência, com a ESF como co-responsável no acompanhamento e planejamento terapêutico. (BRASIL, 2006-I-).

No Brasil, a origem do PSF, Programa de Saúde da Família, remonta à criação do PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, sendo parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição de 1988, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, de caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e, sim, uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva. (BRASIL, 2006-E-)

Na portaria governamental, nº 648, (2006), o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — tem como um dos seus fundamentos *'possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade'*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006-E-)

4.2.1.- Equipe de Saúde da Família, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

A Estratégia de Saúde da Família reorientou o modelo assistencial de saúde pública no Brasil ao implantar equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes do PSF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta população.

Estas são atribuições comuns a todos os Profissionais da Equipe; já os médicos possuem outro elenco de atribuições dispostas pelo Ministério da Saúde no *Guia Prático de Saúde da Família* (BRASIL, p. 638, 2001-B-): Realizar atenção integral às pessoas idosas, o que consiste em:

- Realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico;
- Prescrever tratamento medicamentoso, solicitar exames complementares e realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa à serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos e quanto a identificação de sinais e/ou sintomas que requeriam atendimento de saúde imediato.
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa.

O *Guia Prático de Saúde da Família* (BRASIL, 2001-B-) ainda traz alguns elementos que constam na portaria 648, (BRASIL, 2006-H-), como características do processo de trabalho das equipes:

1. Atenção Continuada ou Longitudinalidade – a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa, como:

- Não é necessário esgotar todos os assuntos num único contato;
- Negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada ou, quando necessário, são estabelecidas novas negociações;
- Maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de

medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas;

- Estreitam-se os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos.

Para Gervás é longitudinalidade a prestação de cuidados ao longo do tempo e para distintos problemas de saúde. É continuidade a prestação de cuidados para um problema de saúde, por exemplo, é continuidade a concatenação de eventos de atenção a um paciente diabético, e é longitudinalidade a concatenação de eventos de atenção para todos os problemas de saúde para este paciente diabético ao longo do tempo. Um especialista pode oferecer continuidade da atenção mas não a longitudinalidade da mesma, um médico generalista oferece ambas. (GÉRVAS, 2005)

2. **Acolhimento:** Para realizar o acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a legislação brasileira vigente. Para isto, devem:

a) Estar preparados para lidar com questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;

b) Romper a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, reconhecer a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;

c) Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;

d) Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006-E-).

3. **Visita Domiciliar** – é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada.

Além destas ações características da ESF em todos os segmentos da população, com o idoso ainda se ressalta: ações educativas individuais e em grupos de convivência; acompanhamento através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; ações complementares relacionadas às co-morbidades, tais como diabetes e/ou hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em Saúde da Pessoa Idosa; (BRASIL, 2006-A-).

O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto

na política supracitada, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar. Este aspecto é fundamental na atenção à saúde desse grupo populacional.

Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar. (SILVESTRE, 2003)

Neste contexto, observa-se longa distância entre as propostas do Ministério da Saúde e o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Piccini, (pág. 567, 2002) aponta em estudo realizado que:

“O cuidado dos idosos revelou uma perda seqüencial de efetividade, desde a oferta insuficiente em relação ao prescrito, até a utilização que alcançou menos da metade da população alvo. Ainda assim, a demanda acolhida representou em números absolutos, elevado contingente para a média de trabalhadores identificada nas equipes de trabalho”.

O autor acrescenta que a efetividade pode também estar sendo comprometida pela qualidade do desempenho da proposta, sugerida pela elevada medicalização em idosos e a baixa resolubilidade, dado metade dos usuários procurarem outra forma de tratamento e da elevada taxa de hospitalização. O espaço de atuação da saúde pública expresso pela Atenção Básica apresenta situações adversas no conjunto de ações necessárias no atendimento aos idosos.

Nesta perspectiva, o processo diagnóstico das patologias do idoso atendido na Atenção Básica é o ponto de partida para prognóstico que inclua ações não só curativas e paliativas, mas que envolvam o trabalho multiprofissional, com a perspectiva da prevenção e educação para a saúde da pessoa idosa em sua vida de relações.

Nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa complexa. (PICCINI et al., 2002).

4.2.2. Tratamento da Depressão em Idosos na ESF:

O entendimento das inter-relações entre os sinais e sintomas de depressão, é um grande desafio para os profissionais da Atenção Básica. O diagnóstico e o tratamento adequado, são fundamentais para

a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de otimizar o uso de serviços de saúde, evitar outras condições clínicas e prevenir óbitos prematuros. (BRASIL, 2006-A-)

A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família deve dar atenção especial aos idosos, que além do quadro de depressão apresentam as seguintes situações que podem agravar o quadro: • Sintomas psicóticos como alucinações; • Uso de álcool; • Risco ou tentativa de suicídio; • Repercussão grave sobre uma doença somática associada, etc. (BRASIL, 2006-A-)

O tratamento da depressão visa: à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, à prevenção de recorrências, a piora de outras doenças presentes, a melhora cognitiva e funcional, e, a ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. De forma geral, existem alguns recursos terapêuticos como: o atendimento individual (orientação e acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia), o atendimento em grupo, as atividades comunitárias e o atendimento à família, propostos pelo MS, através dos cadernos de saúde volume especial à Saúde do Idoso. (BRASIL, 2006-A-)

Nos 'Cadernos de Saúde', do Ministério da Saúde, há ainda a sugestão de um acompanhamento sistemático, para avaliar melhor o quadro e sua evolução, conhecer melhor a história do sujeito, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psicodinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades do sujeito e planejar em equipe, pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido. (BRASIL, 2006-A-). Observa-se na proposta de atuação do Ministério da Saúde a abordagem da Saúde Mental do idoso com o enfoque psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica.

A seguir será exposto como ocorre o encontro e a articulação do projeto e das propostas da reforma sanitária e do atual SUS, através da ESF, com a Saúde Mental e qual a ressonância disso para a assistência à saúde da população idosa.

4.2.3. ESF e Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e SUS caminham sobre mesmo horizonte:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Muitos destes países, inclusive o Brasil, testemunharam mudanças importantes no modelo de atenção em saúde

mental, com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários.

A saúde mental passou pelas últimas três décadas por um movimento de transformação estrutural, tanto na teoria quanto na prática, conhecido como Reforma Psiquiátrica. Revendo antigos modelos assistenciais centrados na internação e hospitalização da pessoa, a reconstrução epistemológica da loucura aponta para o movimento de des-hospitalização, pela autonomia e inserção social dos pacientes, priorizando ações de promoção e prevenção aos agravos em saúde mental, indo além do tratamento e da hospitalização.

A transformação na forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o domínio cultural do modelo clássico da psiquiatria, que tinha como única alternativa ao tratamento a internação (ROTELLI, 1994). Assim, a des-hospitalização auxiliou na popularização da assistência à saúde mental, que se estende da psiquiatria clínica ao clínico da ESF.

Para tanto, foi necessária a constituição de modelos de assistência em serviços psiquiátricos, expressos por Rotelli, (1994) como: Modelo Médico - prestação principal na ministração de fármacos; modelo do auxílio social - privilegia condições materiais da vida da pessoa e de assistência social; modelo de escuta terapêutica - privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia.

Entretanto, não bastava a criação de novas formas de assistência a Saúde Mental se não ocorresse a transformação da racionalidade das pessoas envolvidas no processo. Em muitas situações a manutenção do modelo hospitalar se traduzia no engessamento em um dos modelos citados por Rotelli, o Modelo Médico.

A assistência ao sofrimento psíquico passa a ocorrer em centros ambulatoriais que ainda se organizam com profissionais especialistas, viabilizando o tratamento e dispensando a hospitalização, conhecidos como Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O objetivo destes centros é o acolhimento do paciente com agravos em saúde mental e/ou dependência química, aproximando-os de sua comunidade, através de acompanhamento contínuo e longitudinal, suporte para familiares e busca da reinserção social.

Com a mesma racionalidade da reforma psiquiátrica, buscando diminuir índices de hospitalizações, prevenir, evitar e minimizar asseveramentos nos agravos em saúde, o SUS dá ênfase ao atendimento das Unidades de Atenção Básica através da ESF; é no bairro, no domicílio, na estrutura familiar, na promoção e prevenção da saúde, de

forma longitudinal e contínua, que se obterá maior efetividade se aproximando da universalidade, integralidade e equidade que o SUS propõe.

Deste modo, pacientes que há décadas (antes do SUS), ao padecer de sofrimento emocional ou transtorno febril, recorriam ao pronto socorro do hospital, atualmente podem ser atendidos na unidade de saúde ou a domicílio pela equipe da ESF ou do CAPS, podendo a internação ser evitada, bem como outros agravos recorrentes.

O conceito de território presente na ESF estabelece forte interface com princípios da reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico. (NATHAN, 1999).

A necessidade de superar o modelo biomédico da psiquiatria organicista muitas vezes se reduziu a simples reestruturação de serviços de assistência, num movimento que vai do modelo biomédico asilar ao sistema de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007). Não basta mudar a estrutura física da assistência a saúde mental, a transformação deve acontecer na racionalidade dos integrantes do processo de trabalho.

Algumas fragilidades ou contradições são identificadas por alguns pesquisadores no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais se destacam: a verticalização e normatividade da ESF que reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas; e por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência (BRÊDA et al. 2005).

Portanto, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção básica. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção básica, *“de caráter desmedicalizante e ou minimizador da*

medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas" (TESSER, 2007).

Tanto na proposta dos CAPS quanto no trabalho das ESFs, a necessidade de superar o modelo biomédico na compreensão do sofrimento psiquiátrico, muitas vezes se reduziu a simples reestruturação de serviços de assistência, dada a dificuldade na mudança da racionalidade da ação dos profissionais da saúde.

A discussão dos limites da assistência a saúde mental dos idosos na ESF remonta uma prática ainda precária no Brasil se dela esperarmos uma atenção que transcenda a visão organicista que a formação acadêmica da medicina ainda possui. Para falar em prevenção nesta realidade é necessário cautela já que via de regra, a tendência é a prevenção antecipando um diagnóstico ainda não confirmado, medicalizando o mal “pela raiz”.

APÊNDICE I:

Roteiro de Entrevista com médicos das Unidades de Atenção Básica e PSF, no município de Balneário Camboriú:

A) Dados relacionados à formação profissional e à prática em saúde pública:

1. Qual a sua formação? Possui especialização? Residência em...?
2. Tempo de trabalho na saúde pública.
3. Tempo de Atenção Básica e ESF ?
4. Tempo prévio na unidade de saúde em que exerce suas atividades
5. Como foi sua preparação no curso de medicina no atendimento a problemas referentes à saúde mental

B) Dados quanto à atuação na saúde da família no atendimento à população idosa:

- Quais as atitudes do profissional (o que lhe cobram e o que ele executa do que lhe cobram, atende as exigências ou vai além?) no atendimento prestado ao idoso.
1. Como se dá o atendimento ao idoso na estratégia de saúde da família?
 2. Quais as dificuldades encontradas no atendimento a pessoa idosa?

C) Dados referentes ao diagnóstico em saúde mental, em específico depressão em idosos:

- O reconhecimento da depressão pelo médico da UBS
1. Quais os critérios adotados para o diagnóstico da depressão (utilização de algum instrumento, metodologia para identificar queixas que apontem um diagnóstico de depressão)?
 2. Como você faz para diferenciar tristeza de depressão?
 3. Há algum fator que, a seu ver é determinante no diagnóstico da depressão?
 4. Para a prescrição de antidepressivos **em idosos** quais são os critérios?

Quais fatores que acarretam **dificuldades** para o atendimento ao idoso:

- Pouco tempo para realizar os atendimentos;
- Ausência (ou não ter acesso a) de instrumentos necessários para realizar diagnóstico na área da saúde mental (questionários padronizados, dsm-IV, etc);
- Atender o paciente que já traz seu diagnóstico “pronto” e exige

tratamento e medicação;

- Dificuldade para referenciar o idoso para outra terapêutica nos serviços do SUS no município?

5. Como se dá a continuidade do tratamento, quando se é diagnosticada a depressão; há referenciamento de idosos a algum outro tipo de terapêutica?

6. Se há referenciamento, para onde é encaminhado; tem contra referência?

7. Se não há, como se dá o tratamento dos idosos na unidade?-avaliação clínica de resposta à terapêutica?

8. Acontecem situações em que se é prescrita medicação antidepressiva mesmo não tendo se identificado quadro de depressão?

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA – CCS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Depressão Em Idosos: Avaliação do Processo Diagnóstico nas
Unidades de Atenção Básica

Eu, _____
_confirmando que o entrevistador _____discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

A entrevista realizada é parte de um estudo sobre a saúde do idoso no atendimento prestado pelo SUS, voltado ao diagnóstico de depressão.

O objetivo do estudo é de analisar o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos; minha participação neste estudo é muito importante porque permitirá a compreensão de como ocorre o diagnóstico de depressão em idosos e a construção de novas ações na atenção básica à saúde mental do idoso.

Eu posso escolher participar ou não deste estudo, e posso desistir de participar em qualquer momento. Minha decisão em participar não trará benefícios pessoais além da informação que receberei por parte dos pesquisadores.

Também estou ciente de que, participando ou não, a pesquisa não implicará em prejuízos pessoais. Respondendo a entrevista, eu concordei em participar da pesquisa.

Todos os dados contidos em minha entrevista são sigilosos, somente serão utilizados para esta pesquisa e nenhuma transcrição possibilitará identificação.

Assinatura:

RG: _____

DATA: ____/____/____

APENDICE III

Quadro das Unidades Básicas de Saúde e equipes de ESF:

<u>UBS/ESF</u>	N. SUIÇA	N. II CAS	VILA REAL	MUNICÍPIOS	BARRA	N. E.	ESTADOS
Equipes PSF	01	03	02	03	03	01	01
ACSs	06	15	11	15	12	05	04
Cobertura população	4098	=2915 A = 2949 A =3110	A 09 = 4116 A 10 = 4150	A 01 =3253 A 02 =2717 A 11 =3114	A 03 = 2135 A 05 =2330 A 12 =2486	3865	1663
Cobertura Idosos	393	983	638	556	A 03 = 135 A 05 =199 A 12 =159	211	162
Médico	01	01	01	01	02	1	01
Enfermeiras	01	03	02	03	03	01	01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº 394/2007

Título do Projeto: DEPRESSÃO EM IDOSOS: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Sérgio Fernandes Torres de Freitas

Pesquisador Principal: Ludmilla Castro Malta

Instituição onde será realizado o estudo: Prefeitura Municipal de Camboriú/Secretaria Municipal de Saúde

Objetivo: Demarcar a realidade das Unidades Básicas de Saúde, as unidades de Atendimento ao Idoso, em Balneário Camboriú, SC. Especificamente, analisar-se-á como é realizado o diagnóstico de idosos em situação de depressão.

PARECER

Esse parecer trata do projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública intitulado: DEPRESSÃO EM IDOSOS: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA, que deu entrada no CEPs em dezembro de 2007, tendo como pesquisador responsável o Prof. Dr. Sérgio Fernandes Torres de Freitas, do Departamento de Saúde Pública da UFSC e, como pesquisadora principal, a mestranda Ludmilla Castro Malta, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

De acordo com a documentação apresentada ao CEP, esta pesquisa será realizada entre janeiro e fevereiro de 2008.

A documentação apresentada traz a folha de rosto, porém, não está assinada pelo pesquisador responsável, está apenas assinada e carimbada pela Diretora do Deta - ligado à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

A pesquisa, orçada em 750,00 reais, que ocorrerá totalmente a custas da pesquisadora principal, surge da preocupação em identificar de que modo o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos vem sendo conferido pelos médicos nas UBSSs e PSFs, no município de Balneário Camboriú. Sua finalidade é avaliar o processo de atenção à saúde nessas unidades de saúde.

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo transversal, observacional descritivo-analítica, cuja técnica inclui o uso de instrumentos para levantamento e articulação de dados que permitam esclarecimentos da temática proposta.

A pesquisa será realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú e a amostra do estudo será composta de pessoas idosas, acima de 60 anos, usuários do SUS, com diagnóstico de depressão originário de doença básica, e também profissionais da área médica que atendem esses pacientes. Os procedimentos de coleta de dados serão os seguintes: aplicação de questionário referente à depressão em idosos; realização de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com os profissionais das unidades de atenção básica.

De acordo com o projeto, os sujeitos da pesquisa serão selecionados mediante consulta em prontuários das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú.

Dentre os itens que compõem a documentação, constam: folha de rosto, declaração da pesquisadora principal e do pesquisador responsável de que cumprirão os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; declaração da Diretora do Deta ligado a Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú dando ciência de que aquela instituição está de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

O TCLE está escrito de forma possível de ser compreendido pelo leitor leigo, embora o mesmo texto esteja sendo apresentado aos profissionais que atendem ao idoso.

Do ponto de vista formal o projeto apresenta-se bem estruturado e fundamentado.

O currículo do pesquisador responsável mostra que o mesmo é formado e pós-graduado em Odontologia e atua na área de saúde pública, ligado a temas como: epidemiologia das desigualdades, saúde bucal coletiva, recursos humanos em saúde, avaliação de serviços de saúde. A pesquisadora principal tem formação em psicologia e é especialista em gestão empresarial. Portanto, ambos os pesquisadores estão qualificados à execução da pesquisa.

A investigação é pertinente, porém, somos de parecer que fique em pendência pelos seguintes motivos:

1. Informar o qual o tamanho da amostra dos sujeitos da pesquisa;
2. Apresentar por escrito uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, permitindo o acesso aos prontuários dos pacientes;
3. O pesquisador responsável deve assinar a folha de rosto.

Parecer do CEP

(X) com pendência


- Data da Reunião : 17 dezembro de 2007.

Parecer Final:

(x) APROVADO

- Data da Reunião:

Florianópolis, 31 de março de 2008.


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

REFERÊNCIAS:

AGUIAR, A. A. de. A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Conexões. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará, 2004, 166 p.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviços de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. Revista Brasileira de Psiquiatria vol.21 nº1 jan/mar,1999.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. ed. Fiocruz, 2ªedição, 2007, 120 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

ARAÚJO, J. L. Depressão em idosos e sua relação com a auto-percepção da dinâmica familiar . Universidade Estadual Vale do Acaraú UVA, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia EFSFVS, Sobral, CE, 2006.

ASSIS, M. de. Promoção da Saúde e Envelhecimento: Avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso. UERJ, RJ, 2004.

BALLONE, GJ - Depressão, in. PsiqWeb, Psiquiatria Geral, disponível na Internet em <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2007, acessado em 15/set/2008

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Edições 70, ed. Persona, Lisboa, 1977, 225 p.

BEAUVOIR, S. A Velhice. Éditions de Gallimard, Ed. Nova Fronteira. São Paulo, 1990, 708 p. 711

BERLINGUER, G. Antipsiquiatria e Poder. Ed. Interlivros. Belo Horizonte, MG, 1976, 126 p.

BLAZER, D. G., BUSSE, E. W., Psiquiatria Geriátrica. 2ª edição; Ed. Artmed, Porto Alegre, RS, 1999, 352 p.

BRASIL, (A) Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, vol.19, Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. Tiragem: 1ª edição – 2006.

_____, (B) Ministério da Saúde. Guia Prático de Saúde da Família. 131p. Brasília, 2001.

_____, (C) Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Datasus; Informações de Saúde, <http://datasus.gov.br>, Brasília, 1997.

_____, (D) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Série F. p.86. Séries Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, 2004.

_____, (E) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Política Nacional de promoção da saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, Vol. 07, Brasília, 2006.

_____, (F) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PNSI, Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria nº1395. Brasília, 10 de dezembro de 1998.**

_____, (G) Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Portaria n º 399/GM. Brasília, de 22 de fevereiro de 2006.**

_____, (H) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. **Portaria n º 648. Brasília, 28 de março de 2006.**

_____, (I) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PNSI, Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria n º2528/GM. Brasília, 19 de outubro de 2006.**

_____, (J) Ministério da Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001.

_____, (K) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. nº 01/03.II Mostra Nacional de Saúde Família. 2006

BRÊDA MZ, WAG R., MAO P., SCATENA MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):450-452.

CHEN, P., et al. *The longitudinal aging study Amsterdam, in the Holland, accompanied 3.056 people of both sexes of 55 to 85 years for 4 years*. Arch. Gen. Psychiatry Out., v. 56, p. 889-895, 1999.

COYNE JC, SCHWENK TL, BATES, FECHNER-S. Non-detection of depression by primary carephysicians reconsidered.Gen. Hospital Psychiatry1995;17:3-12..

COSER, O. Depressão: Clínica, Crítica e Ética. Coleção Loucura e Civilização. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003, 172 p.

CVJETKOVIÄ, Y., et al. *Depression in older persons*. Med Pregl., v.53, n.3-4, p. 184-186, 2000.

FIRST M., FRANCES A. & PINCUS H. Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-IV-TR. Ed. Artmed, Porto Alegre, RS, 2004, 248 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, SILVA W.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.15 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1999

FUNDAÇÃO IBGE. (Séries Estatísticas Retrospectivas: quadros retrospectivos, V.3). Estatísticas históricas do Brasil: séries econômicas, demográficas e sociais de 1550 a 1988. 2ª. ed. rev. atual. Rio de Janeiro,

1990.

GÉRVAS, J., FERNANDEZ PÉREZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Equipo CESCA - Madrid, España, Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 205-18.

GREVET, E.H.; KNIJNIK, L. Diagnóstico de depressão maior e distímia. Simpósio sobre Depressão. Revista AMRIGS, UFRGS. Porto Alegre, 45 (3,4): 108-110, jul.-dez. 2001

HERINGS RM, et al. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. Arch Intern Med 1995; 55:1801-7.

KESSLER RC, P BERGLUND, DEMLER O., JIN R., - JAMA, - American Med Assoc The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). 2003

MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev. de Saúde Pública, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.

MOTTI, M.C.J. Depressão presente na vida do idoso. Resenha; disponível em www.medicinageriatrica.com.br/2007/09; *acessado em dezembro/2007*

NATHAN T., Stengers I. Médecins et sorciers. Paris: Sanofisynthélabo; 1999.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Série de Informes Técnicos 'Evaluación de los Métodos de Tratamiento de Transtornos Mentales.' Ginebra, Suíça, 1991.

OMS, Eli Lilly National Clinical Audit Centre: Management of Depression in General Practic, (1996). University of Leicester (1). OMS: Mastering Depression In Primary Care (1997)

[OXMAN T E, BARRETT J E, BARRETT J, GARTER P. Symptomatology of late-life minor depression among primary](#)

[care patients. Psychomatics 1990;31:174-180.](http://www.medicinageriatrica.com.br/category/psicogeriatrica/) Em :
<http://www.medicinageriatrica.com.br/category/psicogeriatrica/>

PAYKEL ES. Handbook of Affective Disorders.2nd ed. New York: The Guilford Press; 1992

PICCINI, X. R., et al. Necessidades de saúde Comum aos Idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Universidade Católica de Pelotas, Dep. De Medicina Social, Fac. De Medicina, 2002.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra Via. In: Desinstitucionalização, (Nicacio, Maria Fernanda, org.), 3 ed. São Paulo. Ed. Hucitec. 1994. p.17-59.1994

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad. Saúde Pública, vol.19, no.3. Rio de Janeiro; June, 2003.

SANTA CATARINA, SES - Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Sistema de Informações em Saúde., 2007

SANTOS et al. Qualidade de Vida do Idoso na comunidade: Aplicação na Escala de Flanagan. Rev. Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, 2002.

SILVESTRE, J. A., COSTA Neto M.M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):839-847, mai-jun, 2003.

STOPPE J.A.; LOUZÃ N. M.R. Depressão na Terceira Idade Apresentação clínica e abordagem terapêutica. Lemos editorial, São Paulo, 2007. n p.

TAVARES, A. Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica. Ed MEDSI, Guanabara-Koogan, RJ, 2005, 630 p.

TESSER CD. Medicalización social (II): Limites biomédicos e propostas para la clínica en la atención básica. Universidade Federal de Santa Catarina, 2007 [mimeo].

TURATO, E. R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 2003.

ULRICH- HANS W, HOLSBOER F, JACOBI F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. J Clin Psychiatry 2001;62 (Supl 26):23-8.

ÜSTÜN TB, SARTORIUS N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995.

VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos; a saúde do idoso no Brasil. 2. edição. Rio de Janeiro, Relume Damará, 1994. 224 p.

YESAVAGE J.A. Depression in the elderly. How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy. Postgrad Med. Review. Jan;91(1):255-8, 261, 1992.

VALENTINIA, W.I.L, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão: An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression. Rev. Saúde Publica, 38,(4). 2002, 522-8.

WHO, World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Genebra. 2001.

ZIMERMAN G.I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Artmed, Porto Alegre, 2000. 179 p

II PARTE

ARTIGO CIENTÍFICO / DISCUSSÃO DE RESULTADOS DO PROJETO EXECUTADO

TÍTULO

Diagnóstico de depressão em idosos na ESF

Diagnosis of depression in the elderly in the ESF

Ludmilla Castro Malta¹; Sergio Fernando Torres de Freitas²

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, CCS/UFSC

“Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Ludmilla Castro Malta, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração Ciências Humanas, na Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2008.”

Endereço para correspondência: Ludmilla Castro Malta

E-mail – ludmillamalta@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Alguns estudos têm demonstrado correlação positiva entre envelhecimento e presença de sintomas depressivos. Contudo, a distinção de casos e não-casos e o fechamento do diagnóstico de depressão em idosos é tarefa complexa, já que o processo do envelhecimento comporta elementos que facilmente se confundem com sintomas de outros transtornos depressivos. **OBJETIVO:** Este estudo propõe a análise do processo diagnóstico da depressão em idosos assistidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF- em uma cidade do sul do país, verificando qual a compreensão do médico de saúde da família acerca da depressão na velhice, e o conjunto de procedimentos adotados pelos profissionais no diagnóstico e prognóstico dos idosos assistidos pela Rede Pública. **MÉTODOS:** Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada a partir de análise de entrevistas semi-estruturadas, com coleta de dados transversal, aplicada em todos os médicos da ESF do município da pesquisa, os entrevistados concordaram em participar mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE-. A sistematização dos dados dá-se a partir da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Na pré-análise, realizou-se a *leitura flutuante* para a organização do *Corpus*, e na análise a definição das categorias e subcategorias. **RESULTADOS:** O tratamento dos dados possibilitou a construção de três categorias de análise, divididas em sub-categorias, **Categoria I - Perfil Profissional:** Tempo de formação e exercício da medicina; Características da formação e estrutura acadêmica. **Categoria II - Modelo de Atenção:** Dimensão Estratégica; Dimensão Executiva; Dimensão Assistencial. **Categoria III – Aspectos Clínicos:** Diagnóstico; Terapêutica; Prognóstico. A análise apontou uma lacuna entre as ações profissionais e o preconizado pelas políticas públicas. Os entrevistados apresentaram dificuldade em compreender o sofrimento emocional do idoso, resultando em diagnóstico falho, terapêutica predominantemente medicamentosa e prognóstico que sugere cronificação do tratamento. Pode haver sobrenotificação dos casos. Os resultados indicam a necessidade de capacitação continuada destes profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Análise de Conteúdo; Diagnóstico de Depressão; Estratégia de Saúde da Família; Idosos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Some studies have shown a positive correlation between aging and the presence of depressive symptoms. However, the distinction of cases and non-cases and closure of the diagnosis of depression in the elderly is a complex task, since the aging process contains elements that are easily confused with symptoms of other depressive disorders. **GOAL:** This study proposes the analysis of the diagnosis process of depression in the elderly assisted by teams of the Strategy Family Health – SFH – In a city located in the south of the country, verifying what are the doctor's of family health understanding on the depression in old age, and the set of procedures adopted by professionals in the diagnosis and prognosis of elderly people assisted by the Public Network. **Methods:** Qualitative approach research, carried out from analysis of semi-structured interviews, with data collection cross-applied to all doctors in the city of the FHS research, respondents agreed to participate by reading and signing the consent form. The systematization of the data is given from the content analysis proposed by Bardin. In the pre-analysis, there was the *floating* reading to the organization of the Corpus, and in the analysis, the definition of the categories and subcategories. **RESULTS:** The data enabled the construction of three categories of analysis, divided into sub-categories **Category I - Professional Profile:** Time of training and medical practice; Characteristics of training and academic structure. **Category II - Care Model:** Strategic Dimension, Dimension Board; Assistance Dimension. **Category III - Clinical aspects:** Diagnosis, Therapy, Prognosis. The analysis revealed a gap between the professional actions and the recommended by public policy. Respondents had difficulty in understanding the emotional suffering of the elderly, resulting in faulty diagnosis, predominantly drug therapy, and prognosis that suggests chronic treatment. There may be over reporting of cases. The results indicate the need for ongoing training of these professionals.

KEYWORDS: Content Analysis; Diagnosis of Depression; Family Health Strategy, Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser analisado por vários perfis: social, econômico, psicofísico e cultural. Estes se tecem, configurando a velhice de acordo com o momento histórico e situação geopolítica em que ela ocorre.

No Brasil, contamos com um acelerado processo de envelhecimento: estima-se que até 2025 seremos um país “velho” (BRASIL, 2006a), e apresentaremos maior número de doenças da idade, dentre elas, a depressão. Esta possui lugar de destaque, sendo o seu grau de prevalência, mundialmente estimado entre 01 à 10%, de acordo com os critérios diagnósticos e a população estudada (TAVARES, 2005).

A presença de depressão em idosos tem impacto negativo em suas vidas, e quanto mais grave o quadro inicial, aliado a não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. Pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida. (BRASIL, 2006-A-)

No Brasil, o PNSPI - Plano Nacional de Saúde do Idoso - Portaria GM n ° 2.528, (BRASIL, 2006G) define que a atenção à saúde dessa população tem sua porta de entrada na Atenção Básica, pela ESF, e tem como referência a Rede de Serviços Especializada de Média e Alta Complexidade; a equipe de saúde da família será a responsável pelo acolhimento, tratamento e promoção da saúde do idoso.

Este novo modelo de saúde encarrega-se de assistir não apenas agravos de ordem fisiopatológica, mas também os psicossociais: “(...) *já que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.*” (BRASIL, 2006-I-). Nesse sentido, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental e Atenção Básica. A ESF é atenção primária à saúde, onde o foco é a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento.

A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. (BRASIL, 2001h).

No caso do idoso, o desafio de distinguir a tristeza existencial e factual dos casos mais graves, é grande, dada a tênue demarcação entre os fenômenos que ocorrem na velhice (perdas familiares e financeiras, doenças 'da idade') e os sintomas referentes à depressão.

A importância do diagnóstico e tratamento adequado ao

idoso, com a hipótese de transtorno depressivo, reflete diretamente nas condições de possibilidades de uma vida independente, com autonomia física, cognitiva e social e viabiliza sua condição de cidadão, num espaço social ainda carregado de preconceito.

Ao se tratar do diagnóstico em saúde mental, em especial da depressão em idosos, é necessário levantar as implicações de sua realização pelos médicos de saúde da família, com o objetivo de identificar a racionalidade do clínico geral, investido de poder para instituir diagnóstico clínico tão controverso quanto o da depressão, bem como a prática resultante de sua compreensão. Ao tratar de diagnosticar precocemente a depressão, “(...) podemos trazer danos a todos que se submetem às provas, de forma às vezes inesperada.”(GERVAS,2007); deste modo, o processo diagnóstico dentre os médicos da ESF, deve ser destacado e debatido frente sua importância à clínica contemporânea.

Em linhas gerais, há duas formas de abordar a assistência à saúde mental do idoso: o modelo organicista biomédico¹⁰ e a abordagem psicossocial. O primeiro trata a doença isolando o sujeito de seu processo, o segundo busca conhecer a pessoa em seu cotidiano, aproximando-se do ser humano para reconhecer e delimitar a territorialidade entre normal e patológico sob cada singularidade.

Este trabalho tem como referencial teórico para a discussão dos resultados a abordagem psicossocial, construída sob a ótica do homem como um ser sócio-histórico cuja tessitura psíquica se dá na dimensão sociológica. Esta abordagem tem suas raízes na reforma psiquiátrica e sanitária, ocorrida na Itália, em meados da década de 70, e que também norteia as políticas públicas do SUS.

METODOLOGIA

Este artigo baseia-se em resultados obtidos de uma pesquisa qualitativa e transversal e na análise detalhada de uma ação em saúde. Recorreu-se à ‘Análise de Conteúdo’ (BARDIN,1977) na construção e discussão dos resultados.

A coleta dos dados ocorreu por entrevista semi-estruturada com todos os médicos das equipes de saúde da família em um município da região sul. Foram oito profissionais, distribuídos em sete unidades de

¹⁰ Focado no estudo da doença, o modelo biomédico secundariza aspectos sócias, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde doença caracterizada pelo reducionismo, ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples.

saúde, identificados com a sigla MED, enumerados de 01 a 08. Preservou-se o sigilo, como garante o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) firmado pelos entrevistados. O projeto foi aprovado no comitê de ética da UFSC (Parecer nº 324/2007).

As categorias são derivadas das entrevistas semi-estruturadas, seguindo critérios de Repetição e Relevância. A literatura científica e político-assistencial foi o parâmetro utilizado para a discussão dos resultados obtidos.

RESULTADOS

O Perfil Profissional - Desde a escolha pela medicina à formação acadêmica e à entrada para o mercado de trabalho há um caminho percorrido por esses profissionais com características específicas, por terem optado pelo exercício da medicina na saúde pública.

A análise do perfil profissional permite refletir como este fator pode influenciar no processo diagnóstico da depressão em idosos, pois o avanço da organização dos serviços de saúde no Brasil, na perspectiva da construção do SUS - Sistema Único de Saúde - traz novos desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública.

O 'novo sanitarista' precisa dispor de conceitos da Epidemiologia e das Ciências Sociais para compreender como as pessoas adoecem e quais são os determinantes político-institucionais da organização do sistema de saúde brasileiro e, também, necessita adquirir domínio técnico nas suas diversas áreas de atuação: do planejamento ao sistema de informações, do entendimento dos problemas ambientais à atuação didático-pedagógica, dos paradigmas organizacionais adequados às novas realidades regionais. (L'ABBATE, 1999)

Na categoria **Perfil Profissional**, o **Tempo de Formação e Exercício da Medicina** é a subcategoria que possibilita descrever a implicação do tempo de formação dos médicos no exercício da medicina na saúde pública.

Tabela 1 - Perfil Profissional dos médicos da ESF do município de BC no ano de 2007

Médicos ESF	Tempo de formação	Tempo saúde pública	Tempo ESF
Med01	19 anos	19 anos	7 anos
Med02	09 anos	09anos	5 anos
Med03	30 anos	30 anos	05 anos
Med04	04 anos	04 anos	04 anos
Med05	28 anos	22 anos	06 anos
Med06	31 anos	20 anos	2 anos
Med07	07 meses	06 meses	6 meses
Med08	03 anos	2 ½ anos	1 ½ ano

Dos oito entrevistados, o médico com mais tempo de medicina está formado há 32 anos e o de menos tempo, sete meses. Na atuação em ESF, o tempo variou de dois a sete anos, com uma exceção, indicando que a maioria dos médicos estava tempo suficiente no Programa de Saúde da Família do município para acompanhar os moradores de seu território de ação, estabelecendo vínculo necessário para o atendimento.

Ao destacar a relação entre o tempo de experiência profissional em saúde pública / ESF e o da formatura acadêmica, constata-se que todos os médicos têm seu tempo de atuação neste segmento muito próximo ao da graduação em medicina, o que pode indicar tanto questão financeira, quanto afinidade pessoal neste campo de trabalho. De qualquer forma, esta escolha o encaminha, desde o momento de sua graduação, a praticar o que aprendeu no curso, no espaço da saúde pública, como mostra a fala do MED02: *“(...) o que eu aprendi foi praticando, desde aí em diante trabalhei muito com adulto e idoso, no dia a dia, ir para a saúde pública ao me formar me obrigou a atender um público indiferenciado e ver a diferença do posto de saúde para o hospital.”*

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), compete ao SUS a ordenação e a formação de recursos humanos na área da saúde, responsabilidade firmada pela Lei 8080/90, que frisa a necessidade de articulação entre as esferas de governo, a fim de formalizar e executar a política de recursos humanos.

O pacto pela saúde (BRASIL, 2006e) destaca como responsabilidade da esfera municipal da saúde implementar diretrizes e

mecanismos de capacitação e qualificação dos profissionais para desenvolver as ações de promoção da saúde; prioritariamente os que atuam na Atenção Básica.

Em que pese a legislação vigente, todos os médicos entrevistados apontaram ausência de capacitação para assistência à saúde mental e do idoso, sendo que o município nunca possibilitou aos profissionais a participação em cursos de capacitação, refletindo o despreparo para lidar com doenças de perfil psicossocial no contexto da saúde da família.

Supõe-se que a ausência de oferta, por parte da gestão municipal, de capacitação e educação continuada aos médicos de saúde da família poderia ser suprida com uma graduação acadêmica adequada para a atuação na saúde pública, contudo não é o que a próxima subcategoria aponta.

Nas **Características da Formação Acadêmica no Preparo à Assistência em Saúde do Idoso e Saúde Mental**, buscou-se destacar como a formação acadêmica em medicina prepara o futuro médico para atuar na saúde do idoso e saúde mental.

Com vistas a esta análise, toma-se como parâmetro o currículo do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, implantado em 2003, já nos termos do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina - PROMED, que propõe uma formação orientada para a futura prática no serviço público. Verificou-se em setembro/2008 que este não apresentava qualquer referência aos termos depressão, atenção psicossocial, idoso, geriatria e gerontologia nas ementas de suas disciplinas. O termo psicologia é citado como parte do conteúdo da disciplina 'Saúde da Mulher I', com 14 créditos, dentro do item: *'Bases e Fundamentos da Propedêutica Médica e Cirúrgica, Psicologia Médica, e Diagnóstico Complementar.'*

Psiquiatria II é oferecida como disciplina optativa de três créditos. Saúde Mental consta uma vez na disciplina 'Saúde do Adulto V', que trata das políticas públicas de saúde com ênfase na reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, sem atividades voltadas à clínica. Isto demonstra a continuada ausência de conteúdos referentes a este conhecimento, mesmo em propostas recentes e orientadas para o serviço público.

Todos os médicos apontaram a ausência de preparo para atuação em saúde do idoso, salvo situações de ensino breves ou 'superficiais' não obrigatórias no currículo do curso, independente de seu tempo de formação.

De acordo com o MED02, formado há nove anos, *"Muito pouco*

de saúde mental e nada com relação a geriatria, o que eu aprendi foi praticando, desde aí em diante trabalhei muito com adulto e idoso, no dia a dia"; o que aponta um aprendizado estritamente prático, sem nenhum tipo de reflexão sobre saúde mental e geriatria, tanto a reflexão crítica e problematizadora da situação psicossocial dos idosos, quanto a tradicional e organicista da biomedicina.

Assim foi também para MED07, formado há sete meses: *"06 meses, 01 vez por semana tem ambulatório de psiquiatria na faculdade, pouco. 01 semestre, tem cadeira chamada geriatria, optativa, só estuda o geral; tem uma aula no semestre que fala sobre psiquiatria e idoso"*. É clara a dissociação entre a formação médica tradicional e o conteúdo teórico e prático necessários para se fazer frente às demandas em saúde, inerentes ao processo do envelhecimento no Brasil.

O perfil dos cursos de medicina não mudou no tempo, apresenta mesma estrutura curricular há três décadas, no que se refere à saúde mental. A assistência à saúde nesta área, quando há, permanece com ênfase na psiquiatria ambulatorial e no tratamento medicamentoso de intervenção bioquímica, seguindo os moldes da psiquiatria clássica, apesar das políticas públicas de saúde nesta área já terem propostas que transcendem o modelo tradicional de atenção à saúde mental (MOTTA, 2007).

Tal situação é expressa na fala do MED08: *"(...) a gente não tinha estágio em CAPS, tinha ambulatório psiquiátrico, mas se trabalhava muito a parte psicofarmacológica, que é a de como tratar o paciente com a medicação, não se dava muito a ênfase a parte do psicológico da psicoterapia"*. Mantém-se o modelo biomédico na formação acadêmica e atuação clínica.

As pessoas que trabalham com saúde deveriam ter, em sua formação, reflexões mais amplas, problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana (AMARANTE, 2008). Como isto não acontece, há um choque entre o que é ensinado no curso de medicina e o que é proposto pelas políticas públicas em saúde, somados aos impasses da ação cotidiana

A situação torna-se delicada, quando se verifica que apenas um dos oito médicos entrevistados tem Residência em Medicina da Família e Comunitária, área de atuação da ESF, o que demonstra a falta de suporte teórico para estes médicos na prática que lhes é exigida pelo SUS.

Há uma distância entre os conteúdos necessários à boa prática médica voltada aos idosos, que compreende as diretrizes das políticas de

saúde e educação, e o currículo atual da graduação e da pós-graduação, no contexto do envelhecimento da população brasileira (MOTTA, 2006). Como afirma MEDO4: *“Há a falta do profissional preparado para pensar como o idoso e entender o seu sentimento”*.

Na prática da assistência à saúde do idoso, aos profissionais cabe trabalhar com pacientes, suas famílias e cuidadores, enfrentando, juntos, situações de sofrimento emocional implicadas ao envelhecimento. (BRASIL, 2006-A-)

Conceitos específicos da gerontologia como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação) não constam habitualmente dos conteúdos da graduação, mas são operacionais para a proposição de condutas adequadas e extrapolam o modelo biomédico (MOTTA, 2007).

Entretanto, a análise dos dados aponta um perfil profissional alicerçado no modelo biomédico em sua origem acadêmica, e diverge da proposta do SUS para a assistência à saúde. A Rede Municipal de Saúde, por sua vez, não possibilita preparo técnico-assistencial aos profissionais, para eles se apropriarem do processo saúde-doença, sob a perspectiva da abordagem psicossocial.

Para Amarante (2007), em decorrência do sistema hospitalocêntrico, aprendemos a lidar tão somente com os doentes, não aprendemos a lidar com as pessoas, com as famílias e com as comunidades.

Se o ‘social’ não adentra no coração das disciplinas, a medicina se defenderá na velha e nova técnica. A transformação exige o resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, *“a recomposição da globalidade das necessidades, fragmentadas através da divisão das diversas disciplinas e do isolamento em espaços separados.”* (AMARANTE 2008, p.25)

Modelo de Atenção: Esta categoria tem como unidade de contexto a relação do médico em seu espaço de trabalho com os recursos humanos, físicos, jurídicos e políticos, disponibilizados pela rede municipal de Saúde para trabalhar na ESF e evidencia das condições de trabalho disponíveis para a realização do diagnóstico de depressão em idosos, através da perspectiva do médico da família. Foram criadas três subcategorias, adaptadas da concepção de Teixeira, (2002), para fins de análise dos Modelos de Atenção: as dimensões **estratégica, executiva e a assistencial.**

A **dimensão estratégica** envolve as políticas públicas elaboradas

e propostas pelo SUS para a ESF e os mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços na rede municipal de saúde.

Neste sentido, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. (BRASIL, 2006-D-).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca às equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. (BRASIL, 2006-F-); estes elementos encontram-se na fala do MED04: *“É muito mais fácil aqui, porque sou a médica da família, sei que ‘ele’(o paciente) tem um vizinho com quem não se dá bem, tem uma filha que tem problema com o marido que é alcoólatra, eu conheço a família, sei do mundo que ele está vivendo”*.

A proposta que o SUS apresenta para a ESF define mudanças na organização e gestão do trabalho, tendo como **critérios do processo de trabalho**: diagnóstico, programação e implantação das atividades segundo critérios de risco à saúde, prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, proporcionando intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2006-E-).

Apesar do consenso dos médicos que o modelo de atenção da ESF viabiliza um trabalho diferenciado, resultado da reforma no modelo tradicional de assistência à saúde, a dimensão estratégica aponta a fragilidade na argumentação dos médicos sobre a perspectiva do como as políticas públicas propostas pelo SUS acontecem no âmbito executivo e assistencial, o que influencia na relação do entrevistado com as demais dimensões a serem analisadas.

O modelo tradicional de assistência à saúde ainda predomina; para o MED06, *“ainda é difícil trabalhar neste modelo, a gente não conhece tudo que podemos fazer, é tudo novo e estamos acostumados com o antigo modelo, ainda trabalhamos por produção e acho que a*

proposta da estratégia não é essa, acostumamos assim e continuamos fazendo isso, sem perceber”. Ressalta MED01: “O atendimento cobrado é o objetivo, estamos sempre sendo procurados por aquelas mesmas pessoas, mas a subjetividade fica em segundo plano, querem números. Hoje até tem um incentivo, projetos do governo para difundir essas práticas de saúde coletiva”.

A **dimensão executiva** diz respeito à operacionalização das ações pactuadas pela gestão municipal de saúde e a forma que são executadas, e aponta a organização da estrutura física e a gestão dos recursos humanos e tecnológicos pela Rede Municipal de Saúde.

Este processo ocorre dentro de uma lógica estrutural cuja área de abrangência da ESF deverá ser definida por, no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006-F-). MED05 narra que: *"Aqui já tínhamos dificuldades, pois na minha área, por exemplo, é de 3.400 habitantes, às vezes até 3700. O ideal no Brasil é até 3000, em Cuba é 2700, 2300 pessoas por mês... este problema de excesso de população, vai faltar horário."*

Os médicos entrevistados trabalham 40 horas semanais na Rede Municipal de Saúde e se organizam no atendimento a vinte pacientes por dia, dez pela manhã com agendamento e dez pela tarde no acolhimento. o que resulta em vinte e quatro minutos por consulta, sem sobrar tempo para as visitas domiciliares e outras atividades na unidade, propostas pelo Ministério da Saúde, como trabalhos em grupos, programas de educação, promoção e prevenção à saúde.

Alguns destes requisitos são diretrizes do governo federal pactuados pelo município, como a visita domiciliar; logo, o total de vinte consultas por dia tem seu tempo reduzido, para que o médico possa exercer as outras atribuições. Há situações em que o número de consultas pactuadas extrapola o seu limite.

Pressionados pelo tempo, os médicos se vêem obrigados a atender a uma produção, planejada pela Secretaria Municipal de Saúde, de dez pacientes em meio período; para MED08: *"A exigência da produção no final do mês influencia muito, a gente é pressionado, pressionado para atender, bastante demanda para produzir, números e tudo mais, acho isso errado, pois interfere muito na qualidade do atendimento, às vezes é uma pessoa que só por não conseguir escutar 10 min. a mais ela já sairia bem, e ela não sai tão bem, pois você não conseguiu atenção, tu sabes que lá fora tem mais 20, mais 15, e que tem*

que dar conta”.

As queixas dos médicos referentes ao modelo de saúde em que trabalham revelam um entendimento equivocado frente ao processo decisório e a gestão das ações no SUS, para MED01, *“A estratégia de saúde da família está bem construída e desenvolvida teoricamente, mas se levada em prática, se encontra obstáculos, o próprio governo não nos cobra que levemos em prática assim como está no papel, o que o governo cobra é produção, números, tantas consultas por mês, cobra para o município, ele tem que dar conta”.*

Na saúde pública, trabalha-se com indicadores de saúde gerais construídos pelo Ministério da Saúde. O município, através da Secretaria Municipal da Saúde, constrói seu plano de ações para ser pactuado, tendo como referência os indicadores do governo federal. Quando o médico diz que não consegue produzir qualidade, este impasse não é do SUS é do município que se deve cobrar.

Os médicos não compreendem que a situação deve ser resolvida pela esfera municipal, buscam a justificativa de suas ações referindo falta de condições oferecidas pelo governo, com este movimento, eximem-se da responsabilidade na execução de suas atribuições como médico da ESF.

A dimensão executiva permite constatar que, com a exceção de um médico, os demais remetem o insucesso das ações do SUS no âmbito da ESF ao governo federal. A conduta dos entrevistados não reflete as novas políticas de saúde, o que pode sugerir uma desculpabilização dos médicos para um modelo de intervenção ainda insuficiente em sua prática.

Tal compreensão sugere ser resultante de um processo de formação e capacitação inadequado, ou como um recurso do profissional para superar impasses psicológicos gerados por situação de conflito em seu cotidiano de trabalho.

A **Dimensão assistencial** refere-se à relação entre profissionais e usuários, mediada pelo saber e tecnologia do processo de trabalho em saúde; apresenta a relação médico-paciente no espaço da ESF.

De acordo com os Textos Básicos de Saúde do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006-D), dentre as **atribuições do médico de saúde da família**, destacam-se alguns itens para análise: realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico; prescrever tratamento medicamentoso; solicitar exames complementares; realizar assistência domiciliar;

encaminhar o idoso a serviços de referências de média e alta complexidade, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento; realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção ao idoso.

Os médicos entrevistados revelam uma prática profissional marcada pela individualização das ações e decisões no cotidiano da ESF. Para MED02, *“apesar de cobrarem de nós o trabalho em equipe a estratégia aqui não está preparada para trabalhar em equipe, faço o meu trabalho e sei que o sucesso dele depende só de mim”*, o que expressa a dificuldade para agir de forma interdisciplinar, como integrante de uma equipe; trabalha-se ainda, na perspectiva da individualidade.

Reforçando o despreparo da ESF com o trabalho interdisciplinar, nunca houve reuniões (de) entre as equipes, entre equipe e outros especialistas ou unidades de referência, capacitação ou operacionalização conjunta de situações de assistência à saúde, segundo o relato de todos os entrevistados.

Ainda é evidente a precariedade para a assistência a esta camada da população quando MED06 descreve as ações por eles realizadas: *“trabalhamos com um monte de idosos a maioria deles hipertensos, distribuímos medicação, atendemos no mínimo a cada 06 meses a gente vê ele aqui e tem uns que estão aí toda semana, mas não os obrigamos a acompanharem qualquer tratamento, eles são atendidos se nos procuram”*.

Estes elementos revelam que o atendimento ao idoso se limita à distribuição de medicações, controle da hipertensão e diabetes, sem incentivo ao acompanhamento longitudinal dos casos, *“O que interessa aos olhos da medicina é a doença que resulta tanto mais identificável e compreensível quanto mais tiver separada e isolada no sujeito que a manifesta”* (BASAGLIA in: AMARANTE, p.18, 2007).

Dentro do atendimento diferenciado que a ESF propõe, o ‘acolhimento’ sugere que o serviço de saúde seja centrado no usuário, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional -equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, priorizar parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO, 1999).

O acolhimento é um dos elementos que compõe a assistência na ESF, mas que, se conduzido sem a compreensão adequada da equipe de profissionais da unidade, leva a desvios no processo de trabalho.

Por acolhimento, no município da pesquisa, entende-se a forma de atendimento ao paciente cadastrado na ESF por livre demanda, ressalta MED08: *“Aqui a gente trabalha com uma coisa que eu não gosto muito que se chama acolhimento, uma coisa de tentar atender todo mundo que vem no posto de saúde, para a prefeitura é um bom negócio, dá votos, mas para a gente é muito ruim porque tu acabas atendendo 20 a 25 em uma manhã, e os 25 tu atendeu bem mais ou menos, correndo, tu vê a mesa cheia de fichas para atender, esse acolhimento vira um pronto-atendimento e o serviço da ESF fica bem precário”*.

Se, por um lado, o médico deve atender a todos os pacientes que buscam a Unidade, o acolhimento deve ser dividido com toda equipe de trabalho, evitando a centralização na figura do médico e a sobrecarga no número de consultas realizadas. A fala dos entrevistados reflete a deficiência na organização dos serviços de assistência de equipes de ESF, que sobrecarregam a figura do médico, transferindo-lhes a responsabilidade da escuta, já que o acolhimento deve ser feito por toda equipe.

Cinco dos oito entrevistados não orientam o idoso a retornar depois de encaminhados a um especialista, ficando por conta do paciente a continuidade do tratamento na ESF. MED08 relata outra perspectiva, mas com a posição de que o trabalho individual vai superar os impasses *“Depende muito do profissional, se o profissional se dedica, ele pode fazer um bom trabalho de acompanhamento”*.

Apesar dos referenciais que norteiam a assistência à saúde na ESF indicarem maior proximidade na relação do médico de família com seu paciente, a fala do MED03 mostra a dificuldade na construção deste modelo de atenção no cotidiano do trabalho: *“A gente se ressentida da falta do relacionamento entre médico e paciente, procurar interagir no aspecto emocional, entender, conhecer, e aí ver a patologia, seja de que ordem for, é difícil fazer diferente, até para nós, médicos da família. O idoso requer por parte do Programa que os profissionais tenham uma atenção focada especificamente nele, a compreensão deste estágio de vida com suas peculiaridades, o médico, enfermeira e auxiliar têm que estar preparados, e não estamos ainda”*.

A dimensão assistencial aponta algumas vantagens viabilizadas pela ESF; para o MED04 *“Temos um bom tempo pra trabalhar, não*

temos este problema de ter que cumprir produção de atendimento a uma demanda que não temos como atender, o problema é muito mais do profissional que está na unidade. Temos tempo aqui de dar conta do atendimento, mesmo que neste eu tenha que ter mais tempo como é o caso do idoso”. Acrescenta MED06: “Na ESF nós temos horário integral, cumpro 8h diárias aqui, fico só aqui, não tenho pressa, o fundamental é tu ouvir”.

Há fala recorrente dos entrevistados, enfatizando como a sua prática de médico da família se destaca da assistência dos médicos especialistas, pelo cuidado longitudinal e pelo acompanhamento familiar. Os entrevistados relatam serem capazes de tratar com melhor qualidade os idosos, em função da proposta diferenciada do SUS para as ESFs.

Entretanto, todos os médicos vêm como indispensável encaminhar os idosos ao menos em uma consulta para o especialista, trazem em seu discurso queixas quanto ao serviço de referência e contra-referência da Rede. Para MED03 *“O atendimento primário, a gente faz razoavelmente, mas quando chega a nível secundário e a nível terciário, a gente manda para o hospital e eles não internam, mandam de volta”.*

A unanimidade do encaminhamento na área da saúde mental reflete-se em outras áreas, relata MED04: *“Para encaminhar são meses de espera, a gente tem dificuldade, se precisarem, e o idoso sempre precisa, de um oftalmo, otorrino, cardiologista, tem uma espera grande”.*

Todos os médicos referem perda de seu espaço para a clínica especializada; os entrevistados justificam tal atitude de duas formas: como um comportamento recorrente dos idosos em preferir o atendimento de um especialista, aponta MED05: *“Há muito de pedirem o especialista, está com dor nas costas já quer consulta com o ortopedista, a história do chek up, e a gente não pode negar”,* e, com uma questão cultural, para MED01: *“As especialidades tem muita força, a cultura da especialização, no Brasil, é muito forte, e o mercado privado pede isso, quando algum paciente é atendido pelo médico do hospital, do pronto socorro, já dizem 'deves procurar tal especialista”.*

De acordo com o Ministério da Saúde, os componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF) e os próprios pacientes devem ter clara a noção de que a ESF não é local de triagem, que se limita a encaminhar a maior parte dos casos para os serviços especializados. (BRASIL, 2001-B-).

A articulação dos dados indica a dificuldade dos médicos em trabalhar dentro do modelo de atenção da ESF, somado aos impasses encontrados na categoria: Perfil Profissional; o próximo passo é verificar como ocorre o processo diagnóstico do transtorno depressivo dentro deste modelo de atenção e com o perfil profissional constitutivo dos médicos entrevistados.

ASPECTOS CLÍNICOS:

Diagnóstico

Quando um paciente chega ao médico, o primeiro procedimento é a oitiva das queixas para elencar os sintomas, o que o paciente relata estar lhe causando sofrimento, o que está diferente em seu funcionamento orgânico em relação ao seu modo habitual de funcionamento e os sinais, aquilo que o médico verifica pela observação clínica no paciente.

O conjunto dos sinais e sintomas compõe síndromes específicas. *“A síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que não são a doença, mas participam dela, ou mesmo de várias doenças”* (AGUIAR, p. 78, 2004), um exemplo é a síndrome febril, a febre provoca uma série de sinais e sintomas encontrados em várias patologias. A partir da síndrome encontrada no paciente, são solicitados exames para eliminar hipóteses diagnósticas e chegar ao marcador biológico específico, passando, assim, de um diagnóstico sindrômico para o nosológico, definido pela doença detectada.

Na prática da clínica médica, a efetividade no fechamento do diagnóstico de uma doença está em seu 'marcador biológico' (AGUIAR, 2004). Contudo, no campo da saúde mental, não há a presença de marcador biológico na determinação de uma psicopatologia. Historicamente, todas as vezes que encontraram marcadores biológicos para patologias psiquiátricas, estas passaram para o domínio de outra área da medicina, a exemplo da epilepsia, paralisias cerebrais, entre outras.

O diagnóstico em saúde mental é um diagnóstico 'sindrômico'. Na ausência de um marcador biológico, a psiquiatria usa o termo transtornos (disorders), e não doença (disease), para a definição das categorias de psicopatologias, elencadas pelo *Diagnostical Statistical Manual Mental Disease*, em sua quarta edição, DSM-IV: *“(...) cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como síndrome ou padrão*

comportamental ou psicológico clinicamente importante e está associado com sofrimento, ou incapacitação, ou risco aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou perda de liberdade.” (DSM-IV, 1994). É assim que para MED08: *“Diagnóstico de saúde mental é difícil, porque tu hoje falas em diagnóstico de depressão e amanhã pode mudar para transtorno bipolar, hoje uma pessoa que está com uma ansiedade pode virar uma fobia, não da pra fazer em uma só consulta”.*

O processo diagnóstico da depressão no idoso é marcado pela imprecisão tanto para a distinção entre transtorno depressivo e tristeza situacional (passivo de ocorrer em qualquer idade) no campo da saúde mental, quanto pela condição de ser idoso.

Para KAPLAN e SADOCK, (1998), os estudos epidemiológicos de depressão em idosos são complicados pela confusão entre depressão e outras co-morbidades que trazem sintomas depressivos, o que reflete na fala do MED05: *“O mais difícil em lidar com o idoso é fazer o diagnóstico, saber qual é a doença que ele tem, porque o idoso tem diabetes, pressão alta, tem várias doenças e tu acabas não tratando nenhuma, confunde todas em um compêndio, acaba dando um monte de remédio para eles e tu as vezes fica meio perdido.”*

Porém, quando questionados se era fácil distinguir a tristeza situacional da depressão, todos afirmaram que sim. Ao mesmo tempo afirmaram também que encontram dificuldades em estabelecer diagnóstico em saúde mental. Afirmações divergentes como estas atestam, no mínimo grande confusão conceitual e técnica, por parte dos entrevistados.

Assim como toda teoria vem acompanhada de uma prática, há dois modos de atuar no processo diagnóstico da depressão, o modelo proposto pela reforma sanitária e psiquiátrica, levando em conta aspectos subjetivos, valorizando a escuta e a compreensão da dimensão histórico-social onde ocorre o sofrimento e o modelo clássico da psiquiatria tradicional, visando a identificação dos sintomas e tratamento medicamentoso dos mesmos. Em ambas as práticas há a necessidade de instrumentalização teórico-prática adequadas àquilo que se propõe.

Da psiquiatria clássica, o DSM-IV é o instrumento utilizado com reconhecimento da comunidade científica para classificar as desordens mentais, estabelece critérios constituídos por um conjunto de sintomas (DSM-IV, 1994). Os transtornos do humor dividem-se em: transtornos do humor bipolar (mania, hipomania, depressão bipolar, estados mistos e ciclotimia) e os transtornos unipolares (depressão maior e distímia), sendo os transtornos unipolares o foco de análise desta pesquisa.

Para se identificar a Depressão Maior, de acordo com o DSM-IV, deve haver o humor deprimido presente durante o período de duas semanas ou mais (todos os dias ou quase todos os dias), refletindo alteração na realização de suas atividades cotidianas, associados a – pelo menos – quatro outras alterações, das elencadas pelo DSM-IV. São elas: perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersonia; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar (DSM-IV, 2004).

O transtorno distímico, forma menos severa de depressão, é caracterizado por uma depressão crônica, com humor deprimido presente por dois anos ou mais, com a presença de apenas um dos sintomas do transtorno depressivo maior como critério (DSM-IV, 2004).

Constata-se pela proposta do DSM, um conjunto de regras e critérios para o enquadramento da pessoa com depressão Maior ou Distímia, que se levados à risca poderiam auxiliar na construção do diagnóstico de depressão.

Dos critérios para o diagnóstico, todos os médicos citam sinais e sintomas que sugerem a depressão, mas colocam que este conjunto sindrômico ocorre como resultante da condição de ser idoso.

Há uma fala subjacente, dos entrevistados, que o 'ser idoso', traz forte associação ao 'ser depressivo'. “Tende-se a hipervalorizar o diagnóstico de depressão em idosos, porque é a gente que fica deprimida frente à velhice não é? Fica tão deprimido quando pensa na velhice e na morte, associa a depressão à velhice, sendo que é uma reação nossa e não do idoso, a gente se vê naquilo, é o nosso futuro.” MED 01. “*A intervenção médica confirma assim um estado de doença que anula as potencialidades subjetivas e participativas já reduzidas pela organização do trabalho e da vida social.*” (BASAGLIA in: AMARANTE, 2009.p.23)

Há o pré-conceito que naturaliza a depressão na velhice, para todos os médicos entrevistados, a coexistência de depressão e envelhecimento é fenômeno natural, inerente à velhice. Para MED04 “*eles tem uma vivencia maior, estão mais acostumados ao luto, tristeza é comum nessa idade, pois eles estão perdendo amigos, parceiro, parceira, é muito comum a depressão entre idosos*”.

Na prática clínica:

“Se a escuta do profissional for apressada, a queixa prontamente encontrará correspondência numa entidade clínica que a nosologia reconhece como a Depressão, e a este reconhecimento, habitualmente,

seguem-se dois desdobramentos: ou a psiquiatrização da queixa ou a psicologização da clínica” (COSER, 2002, pag.34).

De acordo com o DSM-IV, com frequência, apenas o tempo, as avaliações em série e os ensaios terapêuticos sequenciais confirmarão se determinado quadro é explicado como transtorno depressivo maior, ou outra psicopatologia. Mesmo seguindo as diretrizes do manual, os autores advertem que se deve resistir à tentação de aplicar o DSM-IV, mecanicamente, como um livro de culinária. (FIRST, PINCUS, FRANCES, 2004).

Apesar de recomendarem e acharem importante o uso de instrumentos como escalas diagnósticas e questionários para levantamento das queixas, os entrevistados nunca fizeram uso, MED01: *“sempre fui a favor de protocolos, eles nos orientam na direção rente à conduta... mas. não uso, e nunca usei nenhum”*. Assim como MED05 *“Não sei usar nenhum teste objetivo que meça matematicamente o grau de depressão, se ela é aguda, normal ou crônica, mas acho importante o seu uso para diagnosticar.”* Vale ressaltar que apesar da série de instrumentos atualmente disponíveis, o diagnóstico da depressão persiste sendo essencialmente clínico. (STOPPE e LOUZÃ, 2007)

As unidades temáticas, referentes ao fechamento diagnóstico, revelam que nenhum dos oito médicos realiza o levantamento completo dos sintomas e sinais sugeridos pelo DSM-IV como critério para o transtorno de humor depressivo de qualquer modalidade.

Há consenso dos médicos entrevistados, ao referirem à interferência das co-morbidades no diagnóstico da depressão em idosos, para eles há patologias que podem ser confundidas com a depressão em função dos sintomas, como anemia e hipertireoidismo, além de disfunções orgânicas mais acentuadas que em outras faixas etárias, levando a quadros que mimetizam a depressão. A lentidão no raciocínio e nos movimentos, lapsos de memória, diminuição das atividades intelectuais são sintomas, tanto nos distúrbios do humor quanto em quadros demenciais (GUIMARÃES & CUNHA, 1989).

Mesmo apontando a polipatologia característica do envelhecimento como elemento facilitador para o transtorno depressivo, os entrevistados sustentam seu discurso sobre a depressão na velhice com base no abandono e na exclusão social: *“O maior problema que enfrentamos com o idoso é o social, é o problema familiar, do abandono, são agredidos por seus filhos e netos drogados, ou com problemas mentais, são abandonados, é isto que os leva a ficarem deprimidos.”* MED05. Já para o MED03: *“tenho vários casos aqui que*

os idosos desenvolvem a depressão, pois se ressentem da atenção e do apoio da família, e não raro serem explorados pelos filhos... (e que) vai afetando o processo emocional”.

Todos os médicos expressam o entendimento de que os idosos são mais queixosos, querem mais carinho, mais atenção, querem falar mais. *“É diferente eles vem querendo contar a historia deles, não vem só para uma consulta, dificilmente, eles vêm com dores, mas vem com a tendência deles da idade, vem para conversar.”* MED02.

Os entrevistados utilizam a coleta da história do paciente pela escuta (oitiva) das queixas para diagnosticar a depressão; todos os entrevistados buscam investigar o que está acontecendo com o idoso, ver sua história de antecedentes mórbidos familiares, para relacionar doenças que tem tratamento.

É consenso entre os médicos que o modelo de atenção da ESF permite o acompanhamento e facilita o diagnóstico da depressão nos idosos, pois há um convívio maior dos médicos com os pacientes, conhecendo melhor os hábitos familiares e sócio-culturais e possíveis fatores de risco; entretanto, não é o que expressa a análise da realidade demarcada.

Todos os entrevistados consideram o relato do paciente em uma consulta, o suficiente para enquadrá-lo como depressivo. Para o MED06: *“basta colher uma boa história de vida, escutar o paciente, aí fica fácil ver se é depressão ou tristeza, isto é possível em apenas um encontro”.*

A análise revela o despreparo dos entrevistados em exercer a escuta das queixas e da história que o idoso traz, dos oito entrevistados, seis deles colocam ser difícil realizar a escuta da queixa dos idosos. MED07 coloca que: *“Não gosto de perguntar, na psiquiatria a gente aprende que tem que deixar o paciente chegar lá sozinho, percebi que se pergunto, induzo a pessoa a dizer que está com depressão, se eu pergunto para uma idosa: a senhora tem choro fácil? Todo mundo vai dizer que tem”.*

Franca Basaglia, precursora da reforma psiquiátrica e sanitarista, reflete a fragilidade do exercício da escuta pelos entrevistados; para Basaglia (BASAGLIA: in AMARANTE,2008),

“(...) apesar da medicina sempre ter se baseado na experimentação e na verificação, nunca se verificou com o homem e sua identidade histórico-social: o corpo sem história do qual se ocupou é, sobretudo, um corpo cujas necessidades foram colocadas entre parênteses, como se a falta de respostas as mesmas não fosse a causa

principal das suas doenças.” p.19

Além da escuta das queixas, os médicos adotam o pedido de exames de rotina para descartar doenças orgânicas, como recurso ao diagnóstico diferencial. A literatura indica a avaliação geral do idoso, em busca de alterações endócrinas, doenças metabólicas ou outras patologias, rotina básica de sangue. A tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética são úteis no diagnóstico diferencial como tumores, doenças degenerativas, hemorragias intracranianas etc. (GREENWALD et al., 1996).

Para a compreensão do fluxo dos pacientes do clínico da ESF para um especialista, convencionou-se dois termos para diferenciar ações semelhantes, mas com finalidades distintas: o encaminhar e o referenciar.

Tabela 2 - Encaminhamento e Referenciamento

MED	Encaminha	Referencia
MED01	SIM	SIM
MED02	SIM	SIM
MED03	NAO	SIM
MED04	NAO	SIM
MED05	SIM	SIM
MED06	NAO	SIM
MED07	SIM	SIM
MED08	NAO	SIM

O Encaminhamento ocorre quando é para avaliar o quadro e realizar o diagnóstico, onde ainda não há o ato médico do diagnóstico e o clínico encaminha para que um especialista proceda com a conduta diagnóstica.

O Referenciamento é quando o médico já fez o diagnóstico e tentou terapêuticas para o caso, não conseguindo sucesso no tratamento; ou não se sente capaz de tratar, enviando o paciente ao especialista (esta situação será analisada na subcategoria terapêutica).

Metade dos entrevistados vê necessidade de encaminhar à especialista para definição diagnóstica: *“Acho necessário encaminhar, a gente não tem a vivência específica e o treinamento em serviço da especialidade”*. MED01. Para MED07 *“tem casos com idosos que a gente fica às cegas, sem saber se é sintoma depressivo ou demência, daí encaminho”*.

Stoppe e Louzã (2007) apontam que, mesmo com altas taxas de

prevalência do transtorno depressivo em idosos que procuram serviços de saúde, a depressão nos idosos continua sub-diagnosticada e subtratada.

Se por um lado, a literatura técnica- científica supõe a depressão como uma patologia com elevada taxa de sub-notificação, dada a complexidade da efetivação de seu diagnóstico, como sua própria história traduz, por outro lado, depressão e velhice são substantivos facilmente tidos como sinônimo, o que pode nos levar ao outro lado da moeda, a sobre-notificação. Para Gervas (2007), o aumento da prescrição ocorre em paralelo ao aumento do diagnóstico, sem que se saiba bem se a maior frequência do diagnóstico de depressão é certa, ou serve de simples justificativa para a prescrição

A tomada de decisão dos entrevistados, para a efetivação do diagnóstico do transtorno depressivo maior ou distímico em idosos, não corresponde aos critérios apontados pela literatura científica. Somando-se às dificuldades enfrentadas pelos médicos na sua rotina de atendimento, já expressas na categoria modelo de atenção, constata-se que estes, frente a uma escuta apressada, passam à terapêutica do transtorno depressivo sem executar o fechamento de seu diagnóstico.

Já que as categorias modelo de atenção e perfil profissional expressam a má formação e a ausência de capacitação para atuação no modelo de atenção psicossocial, com ênfase no modelo biomédico, era de se esperar que os entrevistados trabalhassem bem com o conhecimento e a prática adquiridas por este tipo de formação. Mas a complexidade dos diagnósticos em saúde mental ultrapassa as condições de possibilidades dos entrevistados em construí-los.

A análise revela que a prática dos entrevistados no uso, tanto do modelo biomédico, quanto da abordagem psicossocial, segue sendo incompleta para a construção do que vem a ser o sofrimento psíquico da depressão em idosos.

Terapêutica

A Terapêutica, tratamento realizado para cura, controle e prevenção da doença, analisa como ocorre o tratamento da depressão em idosos. Uma vez realizado o diagnóstico, o próximo passo é o tratamento. A atitude terapêutica que o médico adota dá o tom do prognóstico e aponta o entendimento do médico, quanto ao diagnóstico efetivado.

A transformação na forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o domínio cultural do modelo clássico da psiquiatria que

tinha como única alternativa ao tratamento a internação. Assim, a des-hospitalização auxiliou na popularização da assistência à saúde mental, que se estende da psiquiatria clínica ao clínico da ESF.

Esta transição na assistência à saúde mental, exigiu a constituição de novos modelos de assistência em serviços psiquiátricos. É deste modo que a Saúde Mental passou a construir a noção de rede de atenção psicossocial, dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - às ESFs,

O MS ressalta que o tratamento da depressão na população idosa visa a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial; prevenção de recorrências e a piora de outras doenças presentes; a melhora cognitiva e funcional; e ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. São sugeridos alguns recursos terapêuticos como o atendimento individual (orientação e acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia), o atendimento em grupo, atividades comunitárias e o atendimento à família. (BRASIL, 2006-A-).

O Ministério da Saúde aponta, para o tratamento da depressão no idoso nas ESFs, a necessidade do acompanhamento sistemático para avaliar o quadro e sua evolução, conhecer melhor a história do sujeito, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psicodinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades do sujeito e planejar em equipe, pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido. (BRASIL, 2006-A-).

Na análise dos dados, os entrevistados apontam como estratégias terapêuticas: **a importância de ouvir mais o paciente, de encaminhá-lo para atividades sociais e a prescrição de medicamentos antidepressivos e fitoterápicos.**

A escuta dos idosos como terapêutica é consenso para os entrevistados, expressa nas falas: *“Não vais resolver o problema dele, mas só o fato de tu dares aquela atenção, ouvir, ele vai vivenciar de forma mais tranqüila seus sintomas, até uma dor é mais suportável.”*MED03.

Para cinco dos entrevistados, esta escuta terapêutica é difícil de realizar, como expressa MED07: *“Quando vem um paciente idoso, eu cuido para não perguntar como ele está, pois acho que tenho a tendência de logo medicar, não agüento ver ele sofrendo”.*

Dos entrevistados, dois deles apontam a importância do retorno do paciente e do acompanhamento com maior frequência para verificar a evolução do quadro. Os demais apontam outra direção, não exigem do paciente o retorno para verificação da frequência e intensidade dos sintomas, assim como da medicação (quando prescrita), é o paciente que

espontaneamente retorna quando a medicação não foi adequada. Para MED07: *“Aqui também o paciente vem quando quer, não tem isso dele vir toda semana pra gente conversar e ver como é que está a medicação”*.

A postura dos entrevistados de não realizar o acompanhamento com o idoso que diagnosticaram como depressivo vai contra a lógica do modelo de assistência da ESF, que sugere a necessidade de um acompanhamento sistemático, para avaliar melhor o quadro e sua evolução, assim como o acompanhamento longitudinal e as visitas domiciliares já implícitas e próprias à qualquer intervenção da ESF.

Desde o advento dos anti-depressivos durante as duas últimas décadas, os médicos da Atenção Básica tem desempenhado importante papel no tratamento do transtorno depressivo. De acordo com o Índice Nacional e Levantamento de Doenças e Terapêuticas do governo americano, a proporção de depressão relatada em visitas clínicas feitas por clínicos da Atenção Básica aumentou de 50% em 1987 para 64% em 2001, e pacientes depressivos estão mais propensos a ver um clínico da Atenção Básica que um especialista da saúde mental, para ambos: diagnóstico e tratamento. (MIDDLETON, 2001)

Questiona-se o papel do médico generalista, haja vista a dificuldade de se fechar um diagnóstico adequado da depressão. A confusão no estabelecer sofrimento emocional da depressão em idosos pode levar a uma situação de sobrenotificação dos casos da depressão como patologia. É a velhice sendo medicalizada¹¹.

A ESF deve representar a possibilidade de transformação deste processo, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, desenvolvendo práticas de pensar e contextualizar a saúde em sua dimensão sócio-histórica.

Deste modo, a ESF é também uma estratégia de 'desmedicalização', busca em sua capacidade resolutiva dispensar encaminhamentos a serviços especializados de diagnóstico e tratamento, não valorizando ou estimulando a 'carreira de doente' em seus usuários (AMARANTE, 2007), é também não entender todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários.

¹¹ Apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que não é da ordem médica; tornar "médico" aquilo que é da ordem do social, econômico ou político. Fazer com que as pessoas sintam seus problemas como problemas de saúde e não da vida humana. (AMARANTE, 2007)

Quatro dos entrevistados se ressentem da falta de outro tipo de terapêutica, como programas sociais, psicoterapia individual ou em grupo: *“O tratamento farmacológico é o que disponho no momento, na minha realidade, não na minha teoria, na realidade eu não disponho de outro recurso, tenho que usar a farmacologia e os questionários para enquadrar o paciente”* MED01. Para AGUIAR, 2004, da depressão só se sabe que é aquilo que se trata com antidepressivo, sabemos, cada vez mais, tratá-la, mas cada vez menos o que ela é.

Ao analisar a terapêutica farmacológica realizada pelos médicos, *“Não se trata de comparar a terapia farmacológica da depressão com o que seria uma terapia psicológica, tal como se vê debates sobre ‘psicoterapia x medicação’, não se pode comparar resultados em si, pelo menos sem que se discutam as formas metodológicas de que se serviu para obtê-los’* (COSER, 2002, p.30).

Todos referem prescrever medicação como ação terapêutica, dois deles citam prescrever a medicação como continuidade de tratamento iniciado por outro médico, não usam iniciar tratamento medicamentoso para depressão com idosos. Para o MED04 *“Muito difícil passar remédio controlado, geralmente dou a receita, mas de outro médico que avaliou, um especialista, psiquiatra, que está acompanhando o paciente também, raramente introduzo”*.

Dois entrevistados citam medicações fitoterápicas: Cita MED04, *“Aqueles com sintomas depressivos leves tento passar um fitoterápico para não entrar com medicação psicotrópica.”*

Todos referem o benefício do tratamento medicamentoso no caso da depressão. Seis deles apontam que nos idosos é indispensável, por já haver déficit neurofisiológico. Para MED03 *“É muito boa a oferta de medicamentos, temos medicamentos de baixo risco, poucos efeitos colaterais, hoje em dia a gente dispõe de um arsenal terapêutico fabuloso, muitas vezes com o paciente idoso não pode estar só conversando, ele precisa da química, não pode ficar só no ‘blá-bla-bla’ pensando que vai tirar, porque não tira. A não ser que seja um psicoterapeuta, o que não é o meu caso, junto com o emocional há um processo que se altera, a neuroquímica.”*

Os entrevistados são unânimes em prescrever a medicação, quando notam prejuízo na 'qualidade de vida' do idoso no sono, na alimentação e na socialização. Contudo, mudanças decorrentes do envelhecimento trazem alterações nestes aspectos sem, necessariamente, enquadrarem-se como um prejuízo na qualidade de vida.

Quando questionados se as interações medicamentosas poderiam

ser prejudiciais a outras co-morbidades do envelhecimento, todos os entrevistados afirmam haver; contudo, estes entendem que o uso dos psicotr3picos em muitos casos trazem mais benef3cios que malef3cios. *“H3 um certo consenso em considerar que a pr3pria medicina seja capaz de reproduzir ou agravar as doen3as, o que 3 chamado iatrogenia”*(AMARANTE, p. 95, 2007)

Constata-se o in3cio de um tratamento para sintomas pertencentes inseridos em um comp3ndio de outras patologias que, coincidentemente, pertencem ao transtorno depressivo: *“Quando ela deixa de realizar uma atividade que ela fazia e gostava, ou quando come3a a ter compuls3es alimentares, outros j3 n3o querem comer, enfim, quando se come3a a modificar a vida da pessoa, o que seria o normal da vida da pessoa”* MED02.

Segue a esta situa33o o risco que a medicina imprime nos problemas que envolvem sofrimento emocional e psicof3sico: a pura medicaliza33o dos problemas que, sob a aparente garantia de tratamento e assist3ncia, desresponsabiliza tudo e todos. (AMARANTE, p. 35, 2007)

3 consenso entre os m3dicos entrevistados a prescri33o de antidepressivos para o tratamento de patologias como a fibromialgia, enxaqueca e dores de etiologia inespec3fica, o mesmo m3dico (MED04) que relata n3o iniciar a prescri33o de medica33o de uso controlado para a depress3o, receita a mesma medica33o para outras patologias: *“Uso bastante, acho que uso muito mais o anti-depressivo para outras coisas que para a pr3pria depress3o, para dor cr3nica principalmente, enxaqueca, fibromialgia, no idoso 3 muito comum.”*

Para COSER, (2002), o paciente que demanda o atendimento referindo queixas com hip3tese diagn3stica de depress3o, espera n3o s3o um tratamento, mas tamb3m o al3vio que este traria para o seu sofrimento. Se o cl3nico geral n3o tem a seguran3a que lhe permita confrontar-se com as solicita33es dos pacientes ou de seus familiares, que apontam na dire33o de uma promessa quimicamente induzida, como ir3 proceder? Referenciando o paciente a um psiquiatra.

No munic3pio estudado, o sistema de sa3de est3 estruturado de forma que o referenciamento da ESF para um especialista seja por meio do CAPS - Centro de Aten33o Psicossocial, onde ocorre a assist3ncia da psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, assist3ncia social. A dispensa33o de psicotr3picos ao usu3rio, pela rede, acontece mediante prescri33o do psiquiatra do CAPS.

De acordo com a an3lise dos dados, os **referenciamentos**

ocorrem em três situações: **quando os médicos não têm conhecimento específico na área de saúde mental para tratar; quando os pacientes pedem; para receberem tratamento psicofarmacológico, via SUS.**

Todos afirmam que gostariam de referenciar para especialista e cinco deles apontam a necessidade de encaminhar para o CAPS. MED02 relata *“Pacientes deveriam ter um acompanhamento que não fosse da estratégia, ver psicólogo, psiquiatra a disposição, como o CAPS, mas é difícil acesso a esse serviço, só consegue quando a situação está bem grave”* Para MED02: *“gosto de referenciar todos, a pelo menos uma consulta, daí se o psicólogo, ou psiquiatra concordar com a medicação que eu fiz tudo bem, se ele achar que deve mudar ou que suspende, ele é quem vai ter melhor condição de direcionar”*.

É consenso entre os entrevistados referenciar por falta de conhecimento específico na área de saúde mental, como aponta MED 04: *“a gente é generalista, não é especialista, a gente faz o que pode, até onde vai nosso conhecimento, mas se vejo que a coisa não está fluindo, sou obrigada a referenciar”* Ressalta MED05: *“quando eu passo uma medicação e não melhora, aí prefiro passar para um psiquiatra que tem mais experiência com medicação, prefiro que seja um especialista que conhece a medicação, sabe planejar tratamento”*.

A ação dos médicos da família de referenciar todos os idosos com o suposto transtorno depressivo indica uma das características do modelo biomédico, o 'hiperespecialismo', cada especialista trata um tipo específico de doença, em geral cada um lida com um só órgão do corpo humano (AMARANTE, 2007)

Todos os entrevistados revelam referenciar quando o paciente pede: *“Quando o paciente vem com o diagnóstico pronto e vontade de estar tratando com especialista a gente não entra em conflito com o paciente”*.

A postura dos médicos em todas as falas é não ter confronto com o paciente, é mais fácil eles referenciar o tratamento que tentar outro tipo de terapêutica, mesmo sabendo que não há necessidade, e que podem tratar como médicos de família, *“digo, se você quiser posso te tratar aqui, se não posso até te mandar para especialista, mas você vai ficar na fila esperando.”*, cita MED06; o que representa o reflexo do modelo centrado na doença.

Cinco entrevistados referenciam quando MED08: *“há situações que ele já toma medicação a tempo e não tem como comprar, aí a gente referencia para o CAPS para o psiquiatra receitar a medicação e o SUS fornecer.”* o que aponta uma falha no modelo de atenção a saúde mental

e a política de medicamentos do município, já que a farmácia do CAPS deve fornecer medicação apenas para usuários daquela unidade, por estarem enquadrados nesta modalidade de tratamento.

Apesar dos entrevistados indicarem encaminhamento para especialista, todos se vêem aptos a tratar o idoso diagnosticado por eles com depressão: *“Sem falsa modéstia, mandar um depressivo para um especialista, só se eu não tiver tempo de tratar, daí eu mando para uma clínica lá, mas se eu tiver tempo, jamais eu mando”* MED06. Para o MED03, basta “dar uma olhada” (sic) para o enquadramento e encaminhamento do idoso: *“Muitas vezes aqui me aconteceu, de primeira consulta, vir com história de depressão profunda que já vem se arrastando eu ó... (gesto com a mão de encaminhamento), mando para o CAPS ”*.

Contudo, as contra-referências que recebem do CAPS não são resolutivas, os especialistas não vêem a depressão como caso de especialista, para MED07, *“o CAPS me manda de volta dizendo: O paciente não é suicida, não é alcoólatra em último grau, então pode ser atendido no postinho”*.

Para o SUS, as pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2004-C-). Tem-se aí um problema basilar na saúde mental, como definir a severidade do diagnóstico, frente à dificuldade epistemológica de se constituir diagnósticos psiquiátricos em si.

Temos um caminho percorrido de incertezas na efetivação do diagnóstico e tratamento da depressão pelos médicos entrevistados. Se por um lado o diagnóstico de depressão muitas vezes não ocorre pelo despreparo técnico do profissional, levando à terapêutica sem diagnóstico, por outro lado a terapêutica predominante é a medicamentosa.

Tal situação se agrava ao se constatar que todos os médicos atribuem a depressão nos idosos à condição sócio-econômica e física que o envelhecimento implica, o que gera incoerência entre a etiologia proposta pelos entrevistados e o procedimento terapêutico psicofarmacológico por eles adotado. O modelo médico consente, assim, responder em termos de tratamento também aos problemas sociais que exigiriam outro tipo de respostas. (AMARANTE P. 24)

A categoria Terapêutica revela o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas; e por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência (BRÊDA et al. 2005).

Prognóstico : Da cronificação à cura

Prognóstico, em Medicina, é conhecimento ou juízo antecipado, prévio, feito pelo médico, baseado necessariamente no diagnóstico médico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e do eventual termo de uma doença ou quadro clínico sob seu cuidado ou orientação. É predição médica de como doença x paciente irá evoluir, e se há e quais são as chances de cura.

Em relação ao prognóstico, a depressão maior ou unipolar, na perspectiva da psiquiatria clássica, mostra-se como transtorno de característica cíclica, com alternância entre períodos de maior e menor expressão dos sintomas (MUELLER et al., 1996). Cole et al. (1997) apontaram a severidade dos sintomas, a presença de doenças físicas e o prejuízo cognitivo como indicadores de pior prognóstico na terceira idade. A cronicidade da depressão caracteriza-se pela manutenção do preenchimento dos critérios diagnósticos para depressão de forma contínua por um período igual ou superior a dois anos (APA, 1994; OMS, 1993).

Conforme Ballone, 2007, para se estabelecer um prognóstico do transtorno depressivo em idosos, além de ser necessário fazer um diagnóstico preciso, é importante saber se o episódio depressivo em questão é único, se é recorrência, se é a terceira crise, saber se é crônico e vem se arrastando há tempos, como é a doença, e, quem é o doente em questão.

Seis dos entrevistados compreendem o transtorno depressivo como patologia incurável, apenas tratável, expressa MED02 “*Se a pessoa teve uma vez, ela tem que cuidar para o resto da vida, independente da idade que foi o primeiro episódio tem que ficar atento.*”

Para a psiquiatria tradicional, apesar de serem crônicos, os transtornos depressivos são condições tratáveis, e as opções terapêuticas têm crescido enormemente nos últimos 25 anos, (HAY et al,1998; MITTMANN e HERRMANN, 1997), embora estas opções se restrinjam ao tratamento medicamentoso; para Amarante (2006), a atitude invasiva de profissionais da saúde e interesses oriundos do complexo médico-

industrial podem acarretar muitos excessos e riscos aos usuários.

Apenas um entrevistado vê cura para a depressão: Para MED08: *“Então se chegou um paciente deprimido e tu conseguiu chegar ao diagnóstico efetivo de depressão que não foi um erro, se tu não conseguir curar, questiona o teu diagnóstico, não é uma depressão se o cara faz um bom diagnóstico, com certeza ela cura, então depende muito do diagnóstico”*.

E MED04 vê a depressão como um grande ponto de interrogação, sem saber se há cura ou não, *“Para mim a maioria das doenças psiquiátricas são um ponto de interrogação, a gente não sabe qual é a causa, qual é o tratamento certo, se vai dar certo ou não, qual o medicamento certo, é só com o dia a dia que a gente vai vendo, é um grande ponto de interrogação”*.

Para a psiquiatria clássica, o prognóstico do transtorno depressivo envolve quatro dimensões: remissões, recaídas, recorrências e recuperações. A remissão completa exige um período de dois meses sem sintomas significativos de depressão (DSM-IV, 1994).

Mas o fato é que a eficácia da assistência no modelo biomédico vem sendo cada vez mais questionada quanto ao prognóstico que ela vem obtendo, segundo Gervas (2007) os novos hábitos terapêuticos e diagnósticos não tem diminuído nem os suicídios nem as baixas laborais por depressão, se diria o contrário, que aumentaram as baixas laborais e o uso do diagnóstico de depressão para justificar a prescrição de mais medicamentos.

Em um ciclo de eventos que giram em torno de remissões e recorrências, passando por períodos de recuperação, as chances de uma cura efetiva parecem cada vez mais distantes; MED01 afirma: *“Defeito estrutural, lá na estrutura, não tem como modificar, vais dar o medicamento para a pessoa viver em sociedade e até ter um pouquinho mais de liberdade”*.

Obtém-se a cura de uma doença ao intervir em sua etiologia, e não em suas conseqüências. Fica expresso na análise dos dados que todos os médicos afirmam que o abandono social, as dificuldades financeiras e a debilidade física é a gênese do transtorno depressivo em idosos.

Se, para os médicos entrevistados, o distúrbio neuroquímico é secundário na composição da depressão na velhice, e a causa é o abandono, porque não se pode falar em cura? Constata-se, na análise desta subcategoria, que o prognóstico fica prejudicado, baseado na intervenção sobre a conseqüência.

Torna-se contraditório o procedimento terapêutico farmacológico para a busca da cura neste processo, já que a ação não é sobre os elementos determinantes, mas sim sobre sintomas encontrados. Tratar sintomas ignorando-se a gênese do fenômeno tende a cronificar a doença.

Os entrevistados realizam o ‘segundo’ abandono quando apontam o abandono social como um dos determinantes para a ocorrência da depressão, mas concluem que não há cura para a depressão. Como falar em um prognóstico positivo, de cura, se a intervenção abandona o paciente resumindo-o a terapêutica farmacológica? Em uma realidade em que o diagnóstico é contraditório e a intervenção é equivocada, o prognóstico na perspectiva da cura fica cada vez mais inviável.

O espaço da ESF tem grande responsabilidade no aspecto do prognóstico, já que é onde se iniciam as queixas; neste contexto, ainda é difícil a construção de prognósticos que tragam a possibilidade da não cronificação do transtorno depressivo com a intervenção terapêutica a medicamentosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A análise realizada possibilitou um retrato detalhado de como acontece o processo diagnóstico nas três categorias construídas.

Em qualquer situação na saúde pública, se não há uma busca ativa sempre se terá um sub-diagnóstico, contudo, a postura dos médicos aponta que, com facilidade se incorre em possíveis sobre-diagnósticos, frente à associação realizada pelos entrevistados da velhice com a depressão.

Tal fato pode onerar o sistema de saúde e o paciente, com a construção de uma doença que cria limitações psicofísicas para este e gastos para o sistema com co-morbidades que giram em torno da depressão.

A atitude Terapêutica é a de tratar ‘sintomas depressivos’, sem intervenção em seus determinantes. Os entrevistados sequer fazem uso dos critérios diagnósticos, ainda que largamente inclusivos e criticados sugeridos pelo DSM-IV.

A tendência dos médicos de relatarem a depressão como patologia comum em idosos, mas de difícil diagnóstico, somado a carência de capacitação profissional e formação acadêmica, leva os médicos a medicalizarem os sintomas sem antes realizarem um fechamento diagnóstico. O Prognóstico sela o transtorno depressivo como crônico, e cronificando o único tratamento que os médicos se

dispõem, o farmacológico.

Os resultados desta pesquisa impõe a necessidade de refletir sobre ações que precisam ser implementadas na gestão municipal de saúde: a prática de integração entre disciplinas da área da saúde, distintas, mas com objetivos em comum, deve ser promovida e inserida no cotidiano de trabalho, viabilizando o diálogo entre Atenção Básica e Saúde Mental, com a implementação do sistema de matriciamento na rede municipal.

Sugere-se a capacitação continuada dos profissionais da rede pública, referentes ao processo de envelhecimento e transformações sócio-culturais e psicológicas que ele pode acarretar, ações já indicadas pelo MS através de documentos e políticas de governo pactuadas para o SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. de. A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Conexões. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará, 2004, 166 p.

AMARANTE, P.; BRASIL da CRUZ, L., org. BASAGLIA, F.; ROTELLI, F.; BUTTI, G. Saúde Mental, Formação e Crítica. LAPS/ENSP/FIOCRUZ. Ed. Fiocruz, 1ª edição, 2008, 100 p.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. ed. Fiocruz, 2ª edição, 2007, 120 p.

BALLONE, GJ - Depressão, in. PsiqWeb, Psiquiatria Geral, disponível na Internet em <http://www.psiqweb.med.br/>, atualizado em 2007, acessado em 15/set/2008

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Edições 70, ed. Persona, Lisboa, 1977, 225 p.

BRÊDA MZ, WAG R., MAO P., SCATENA MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(3):450-452.

BRASIL, (A) Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, vol.19, Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. Tiragem: 1ª edição – Brasília, 2006.

_____, (B) Ministério da Saúde. Guia Prático de Saúde da Família. 131p.; Brasília, 2001.

_____, (C) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. p.86. Séries Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, 2004.

_____, (D) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de promoção da saúde / Secretaria de Atenção à Saúde. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, Vol. 07, Brasília, 2006.

_____, (E) Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Portaria n ° 399/GM. Brasília, de 22 de fevereiro de 2006.**

_____, (F) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. **Portaria n ° 648. Brasília, 28 de março de 2006.**

_____, (G) Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PNSI, Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria n °2528/GM. Brasília, 19 de outubro de 2006.**

_____, (H) Ministério da Saúde. Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001.

_____, (I) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários. n° 01/03.II Mostra Nacional de Saúde Família. 2006

COLE, M.G. & Bellavance, F. _ The prognosis of depression in old age. American Journal of Geriatric Psychiatry 5(1): 4-14, 1997.

COSER, O. Depressão: Clínica, Crítica e Ética. Coleção Loucura e Civilização. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003, 172 p.

FIRST M., FRANCES A. & PINCUS H. Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-IV-TR. Ed. Artmed, Porto Alegre, RS, 2004, 248 p.

FRANCO B. T.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.15 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1999

GERVAS, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit.; 20(Supl 1):127-34. Equipo CESCA. Madrid. España. 2006

GUIMARÃES & CUNHA, GUIMARÃES R.M., CUNHA U.G.V. Sinais e Sintomas em Geriatria. In: Avaliação do paciente geriátrico. Revinter, p.7-17, 1989.

HAY D.P.; RODRIGUES M.; FRANSON K.L. Treatment of depression in late life. Clin. Geriatr Med; 14:33-46, 1998.

KAPLAN e SADOCK, Manual de Psiquiatria Clínica. Ed. Artmed, 1998, 598 p.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais Cad. Saúde Pública vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999

MOTTA, L. B.da. Interdisciplinar em Saúde do Idoso: Um Modelo de Programa Adaptado as Especificidades do envelhecimento; www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/16.pdf

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A.C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade Ciênc. saúde coletiva vol.12, no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.

MIDDLETON N, et al. Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–1998. J Public Health Med. 2001; 23(4):262–267

MITTMANN N.; HERRMANN N.; et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late-life depression: a meta-analysis. J Affect Disord. Dec; 46(3):191-217, 1997.

MUELLER, T.I. et al. Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder _ Arch Gen Psychiatry 53(9): 794-799, 1996a.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Desinstitucionalização, (Nicacio, Maria Fernanda, org.), 3 ed. São Paulo. Ed. Hucitec. P.17-59.

STOPPE J. A.; LOUZÃ N. M.R. Depressão na Terceira Idade

Apresentação clínica e abordagem terapêutica, Lemos editorial, São Paulo, 2007.

TAVARES, A. Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica. Ed MEDSI, Guanabara-Koogan, 630 p.;RJ, 2005.

TEIXEIRA, C.F. - Cad. Saúde Pública v.18. supl. Rio de Janeiro 2002, p. 153

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.

UFSC/PREG, Currículo Pleno do curso de medicina. In: <http://notes.ufsc.br/apuc/curgrade.nsf?opendatabase>; acessado em 26/08/2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Genebra: WHO, 2001