Tipo de Trabalho: Trabalho Completo
Seção: Atenção Integral à Saúde

TRANSTORNO DEPRESSIVO E/OU DE ANSIEDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE[1]

Kaliandra Gallina[2], Silomar Ilha[3], Danielle Signori de Carvalho[4], Julia Tambara Leite[5], Marinês Tambara Leite[6]

[1]Texto extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/campus Palmeira das Missões (UFSM/PM).
[2] Estudante do curso de Enfermagem, UFSM/PM. E-mail:kaliandra.gallina@gmail.com
[3]Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/PM. silomar.ilha@ufsm.br
[4] Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da UFSM/PM. carvalhodanisig@gmail.com
[5]Médica. Secretaria Municipal de Cruz Alta/RS. Unidade de Pronto Atendimento (UPA. julialeite1605@gmail.com
[6]Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/PM, orientadora do trabalho. marines.leite@ufsm.br

RESUMO

Introdução: o crescente aumento da população idosa, acompanha o acréscimo dos problemas de saúde mental nessa população. **Objetivo:** conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas idosas com transtornos depressivos e/ou de ansiedade. **Método:** estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 27 pessoas idosas, com diagnóstico e/ou sintomas depressivos e/ou de ansiedade. Dados coletados em 2024 por meio de roteiro e entrevista gravada, e analisados pela análise temática. **Resultados:** em relação ao acesso, vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde, as pessoas idosas percebem lacunas que interferem na assistência e tratamento da depressão e ansiedade. Há dificuldade de elas acessarem os serviços por limitações clínicas, sociais e econômicas. Os problemas de saúde mental nas pessoas idosas, muitas vezes, não são reconhecidos, diagnosticados e tratados. **Conclusão:** as pessoas idosas têm dificuldades no enfrentamento dos sintomas de depressão e ansiedade, evidenciando a necessidade de melhorias na assistência à saúde mental.

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de pessoas idosas, evidencia o envelhecimento populacional como um fenômeno em rápida e contínua evolução, com destaque nos países em desenvolvimento, como o Brasil, representando um importante desafio para os serviços de saúde, os quais necessitam desenvolver formas de cuidado e monitoramento desta população, por meio de políticas públicas mais abrangentes (Santos *et al*, 2022; Farias *et al*, 2022).

No mundo, em 2022, havia 1,1 bilhões de pessoas idosas. As projeções apontam que esse número aumentará para 1,4 bilhões até 2030, representando uma em cada seis pessoas. As projeções indicam que o segmento das pessoas idosas com 80 anos ou mais triplicará, entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões (WPP, 2022). No Brasil, no período entre 2012 e 2021, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais passou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário evoluiu de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (Cabral, 2022).

Esse contexto tem impulsionado importantes transformações sociais, econômicas e de saúde. Ao se tratar da população idosa há mudanças físicas, psíquicas, sociais e espirituais, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, as quais aumentam o risco de desenvolver doenças e diminuir a capacidade funcional (Felipe *et al,* 2020). Essas mudanças provocam aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e fazem as pessoas idosas a vivenciar situações de adoecimento psíquico, com presença de sintomas depressivos, que estão associados à maior vulnerabilidade. Esta, por sua vez, deve se constituir em um alerta, pois ela também pode contribuir para o surgimento da própria depressão.

Entre os transtornos psíquicos, os mais comuns em pessoas idosas são a depressão, representando um percentual de 31,74%, e ansiedade 33,91% que, se não tratados, influenciam em maior morbimortalidade, além de impactar negativamente na qualidade de vida, agravar doenças pré-existentes e diminuir a independência e autonomia (Farias *et al*, 2022).

Ao discutir o cenário da saúde mental no mundo, nota-se a urgência da adoção de medidas intervencionistas. Segundo a revisão mundial sobre saúde mental realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), os transtornos depressivos e de ansiedade são os mais comuns, entretanto, a maioria das pessoas que os possuem não recebem tratamento. Ainda, conforme estimativas apresentadas pela OMS, em 2017, o Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade (WHO, 2017). Em se tratando de pessoa idosa deve-se ter mais atenção, pois comumente ela se encontra mais suscetível a desenvolver um transtorno mental, devido às condições de fragilidade que surgem com o decorrer da idade. Alguns fatores associam-se aos sintomas depressivos nesse público, que os deixa mais suscetíveis como: isolamento social; reduzidas condições socioeconômicas; multimorbidades; autopercepção insatisfatória da saúde; baixa escolaridade. Identifica-se que as alterações típicas do

envelhecimento e as vulnerabilidades econômicas, sociais e individuais, interferem no adoecimento psicossocial (Rocha *et al*, 2021; Farias *et al*, 2022).

Nesse viés, pode-se caracterizar a depressão como um transtorno afetivo que gera alterações mentais e cognitivas, afetando a qualidade de vida e a independência, principalmente em pessoas idosas, as quais já possuem, muitas vezes, limitações para a realização de atividades, pensamentos sobre morte e desesperança (Santos *et al*, 2022). Já a ansiedade se caracteriza por sinais de inquietação, diminuição da concentração, preocupação excessiva, irritabilidade, alterações no sono e fadiga. Assim como a depressão, os transtornos de ansiedade também são frequentes, acometendo em torno de 28% das pessoas idosas no mundo. Os transtornos de ansiedade são constantemente subdiagnosticados nas pessoas idosas, causando mais angústia e aumento da mortalidade (Farias *et al*, 2022).

Há de se destacar que as condições de saúde mental entre as pessoas idosas são, muitas vezes, sub-reconhecidas, subnotificadas e subtratadas, e o estigma que cerca estas condições podem fazer com que as pessoas relutem em procurar ajuda. Neste cenário, torna-se importante ressaltar o papel do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do usuário para as questões relacionadas à saúde, incluindo o processo de adoecimento mental da população idosa. Por meio da avaliação multidimensional, na consulta de enfermagem deve-se abranger a investigação de sinais que possam indicar a existência ou predisposição ao desenvolvimento de transtornos depressivos e de ansiedade, buscando oferecer apoio ao enfrentamento das adversidades, além de prevenir o subdiagnóstico dessas doenças (Santos *et al*, 2022). No entanto, alguns fatores impedem que haja o tratamento eficaz dos transtornos psíquicos, como a má qualidade dos serviços, a falta de acesso à informação, a discriminação e, muitas vezes, a inacessibilidade (OMS, 2022).

Neste contexto, na busca pela resolução de seus problemas de saúde as pessoas percorrem trajetórias distintas, a depender de suas condições socioculturais e ambientais, as quais podem ser compreendidas como Itinerários Terapêuticos. Dessa forma, o presente estudo objetivou conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas idosas com transtornos depressivos e/ou de ansiedade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O local de estudo foram nove Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da área urbana situadas em um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Fizeram parte do estudo 27 pessoas idosas que residiam no meio urbano e que preencheram os critérios de inclusão: possuir diagnóstico ou apresentar sintomas depressivos e/ou de ansiedade, informado pelo(a) enfermeiro(a) da unidade de saúde; ter idade igual ou maior de 60 anos; estar vinculada a uma ESF localizada na área urbana do município. Foram excluídas aquelas pessoas que residiam em moradias coletivas (instituições de longa permanência).

O período da coleta ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2024, por meio de entrevista, gravada, guiada por um roteiro previamente elaborado. A abordagem à pessoa idosa aconteceu por meio de visita domiciliar, após apresentação do objetivo da pesquisa a entrevistadora verificava a concordância ou não da pessoa em participar. Diante da aceitação, a entrevista ocorreu, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os participantes abordados aceitaram participar do estudo, não havendo recusa ou desistência. Houve a interrupção das entrevistas quando houve a saturação dos dados, ou seja, quando a pesquisadora identificou que não havia mais acréscimo de novas informações no conteúdo já coletado. Para analisar as informações utilizou-se os preceitos da análise temática operativa preconizada por Minayo (2019). Em todas as fases desse estudo respeitou-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Institucional Nº 6.899.368 de 20 de junho de 2024. Manteve-se o anonimato dos participantes, os identificando pela sigla PI (Pessoa Idosa), seguida por um algarismo, conforme a ordem de entrevista (PI1, PI2…PI27).

RESULTADOS

Em relação a caracterização sociodemográfica dos participantes, 20 eram do sexo feminino e sete do sexo masculino, com idades de 61 até 90 anos, com uma média de 72,6 anos. O conteúdo advindo das entrevistas foi agrupado por convergência de ideias em uma categoria temática, a qual aborda aspectos relativos ao acesso das pessoas idosas, assim como o vínculo e a interação desses usuários com os serviços e profissionais de saúde.

Acesso, vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde

Ao serem questionados sobre o vínculo que mantinham com a equipe de saúde da ESF, parte das pessoas idosas afirmou que possuía boa interação, particularmente, por meio da visita domiciliar (VD) realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS), médicos e enfermeiros. Embora somente uma parcela dos entrevistados recebesse VD e estas ocorressem predominantemente pelos ACS. Ainda, uma das condições que tornava necessária a realização da VD por parte dos profissionais era a situação clínica das pessoas residentes no domicílio.

A nossa agente não, não dá para reclamar dela. É uma pessoa assim, 100% disposta menina. Mas uma pessoa muito legal. (PI1)

Agora, esses tempos, o médico veio. Uma vez, quando a gente estava doente o médico veio, depois não. De certo não foi preciso mais, né? Aí ele não vai visitar porque a gente pode ir lá. Então, ele às vezes visita as pessoas que não conseguem ir. (PI2)

Também, identificou-se reduzido acesso à informação sobre a importância da VD e como parte do processo de trabalho da ESF. Para os participantes da pesquisa, a VD é realizada para os usuários que não conseguem ir até a ESF.

Pra mim, não. Eu acho que pra mim não é preciso. Então, quando eu preciso sempre vou no posto e também não sou de ir em médico, assim, em posto de saúde, sabe? (PI21)

Não, o médico aqui em casa não. Também, nunca foi preciso também, né? (PI23).

Ainda, os usuários que não possuíam adequado suporte familiar, social e econômico apresentaram maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Algumas vezes, necessitavam fazer uso de recursos financeiros extras para conseguir acessar a unidade básica de saúde. Outras vezes, a equipe de saúde que se deslocava para a visita domiciliar.

Eu vou de táxi. Fazer o quê né? Eu não consigo caminhar. Daí o médico, enfermeira, sempre vem aqui vê pressão e me traz os remédios para mim e para ela. Já vem prontinho. (PI1)

Não, nem sempre eu consigo ir até o posto, normalmente eu tenho que deixar de comprar alguma outra coisa para mim deixar um dinheiro para pegar um táxi. (PI16)

Outro fator que se destacou entre a população idosa foi a dificuldade de acessar a ESF por limitações físicas e clínicas decorrentes do próprio processo de envelhecer. Ainda, devido à

distância geográfica entre a unidade de saúde e a residência do usuário do serviço, faz com que o comparecimento a este serviço ocorra de modo esporádico.

Eu não posso andar. E ontem eu andei bastante, menina. Eu cheguei em casa desesperada de dor. (PI16)

Mas eu tenho dificuldade, na verdade, de caminhar. Porque daqui é longe lá em cima. E daí tem que ir de a pé. Se eu não quero ir de a pé tem que pagar um táxi (PI12)

Em relação a frequência com que recebem VD da equipe de saúde, alguns entrevistados não souberam informar a periodicidade, a maior parte não recebia e para outros era esporádica.

Vem, não é muito frequente. Às vezes eles custam vim, demoram. Uma vez por ano. (PI3)

Por enquanto, eu nunca recebi visita da agente. A gente nunca foi assim de precisar de alguma coisa, de repente por isso, né? (PI5)

Ao perguntar para os participantes com qual profissional eles realizavam atendimento na ESF, a maioria respondeu que era o médico generalista, poucos consultavam com o enfermeiro e um participante não sabia que o enfermeiro realizava consulta. Entretanto, os pacientes que realizaram consulta com o enfermeiro relataram experiências positivas do atendimento.

Eu gosto da enfermeira. O médico eu consulto também. Mas eu gosto dela, ela me acerta muito, meu remédio. (PI14)

Eu nunca consultei com a enfermeira. Sempre com médico. (PI26)

Foi perceptível na fala dos participantes a carência de acompanhamento da situação de saúde, com destaque para a saúde mental. Quando perguntado se realizavam algum acompanhamento/tratamento na ESF, a maioria deles referiram que não realizavam consultas de rotina, possuíam as receitas com prescrições de medicamentos renovadas, por vezes, sem realizar nova consulta. Ainda, uma parcela referiu que realizava o acompanhamento de forma esporádica.

Não, não vou fazer consulta de rotina. Esses daí sempre têm que pegar as receitas que a agente de saúde pega pra gente. (PI2)

Não, não fui. Só se precisa, só se precisa para ganhar receita (PI16)

Quando se trata das orientações dadas pelos profissionais de saúde para amenizar os sintomas depressivos e/ou de ansiedade, os entrevistados relataram receber o receituário medicamentoso sem instruções.

Nada, nada foi falado. Não falou nada. Só o remédio. (PI22)

A maior parte das pessoas idosas que faziam uso de medicamentos antidepressivos e/ou ansiolíticos revelaram certa dependência do medicamento para conseguir amenizar as manifestações de adoecimento.

Eu me acostumei com essa medicação que me foi dada, né? Algumas tristezas, mas se eu ficar sem as medicações aí eu fico deprimida mesmo. Se eu fico sem medicação fica terrível. (PI10)

Ah! (silêncio e expressão de tristeza, olhos cheios de lágrimas e fala como se não quisesse falar sobre o assunto). Se eu não tivesse os remédios Deus me livre. (PI17)

No contexto do uso de medicamentos para amenizar os sintomas, identificou-se a ausência de outras formas de cuidados terapêuticos com a saúde mental. Deste modo, alguns entrevistados mencionaram que não realizavam cuidados com sua saúde psicológica, além do uso do medicamento e, outros, nem sequer faziam uso de medicamentos.

Não faço nada não. Só o remédio. Daí eu tomo calmante. Daí para mim tá assim eu tenho que tá sempre drogada como eu digo, né? (PI23)

Não faço nada. Ai. Não sei, me acomodei. Fiquei acomodada. (PI23)

Em relação ao atendimento especializado, nenhum dos entrevistados relatou fazer acompanhamento com psicólogo e uma parcela pequena relatou ter realizado consulta com psiquiatra para fazer uso da medicação. Além disso, alguns pacientes foram encaminhados pela ESF para o atendimento psicológico, porém não foram chamados para realizar a consulta, e a maioria não recebeu encaminhamento para psicólogo.

Não. Foi encaminhado aquela vez (mais de 2 anos), mas até hoje não chamaram. (PI15)

Mas eu queria que me tratassem dessa ansiedade! E daí aqui não me deram. Falei aqui para os médicos. Mas não disseram nada. Pedi para me encaminharem para a psicóloga também, né? "Ah, que tá lotado, não sei o quê". Então eu não falei mais. (PI26)

DISCUSSÃO

No presente estudo, evidenciou-se que parte das pessoas idosas acessam a APS para amenizar os sintomas da ansiedade e da depressão. Também, identificou-se que elas têm nos profissionais das UBS uma fonte de apoio e de referência para solucionar problemas de saúde em geral. Porém, quando se trata de aspectos referentes à saúde mental, no caso a depressão e ansiedade, condições que podem ser acompanhadas pelo serviço de ESF, ainda há lacunas na assistência, tanto na oferta de recursos humanos como no modo de realizar o acompanhamento dos usuários que necessitam deste serviço.

Dessa forma, nota-se a fragmentação do princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as características socioeconômicas dos participantes da pesquisa também refletiam no acesso ao serviço de saúde, no prognóstico e melhora dos sintomas depressivos e ansiosos. Se destaca a VD como exercício de escuta e apoio para as pessoas idosas que possuem transtornos depressivos e/ou de ansiedade, pois com frequência se encontram em situação de vulnerabilidade e, por vezes, sem condições físicas e clínicas de acessar a ESF.

Na fala dos entrevistados, entre os integrantes da equipe da ESF, o ACS é o profissional que mantém maior contato com a comunidade, favorecendo o acesso da população, o trânsito da equipe, as parcerias, a compreensão por parte dos usuários dos serviços, bem como a identificação das necessidades da população (Gomes, *et al*., 2021). A atenção domiciliar é voltada para as pessoas que estão em estabilidade clínica e encontram-se em grau de vulnerabilidade ou em situação de restrição ao leito ou ao lar, onde a assistência domiciliar é mais oportuna para o tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, visando ampliar a autonomia do usuário no seu processo de cuidado, assim como da família. Além disso, a atenção domiciliar deve ser realizada por equipe multiprofissional (Brasil, 2016), demonstrando a necessidade da assistência à pessoa idosa ser desenvolvida em conjunto.

A VD é uma importante ferramenta de trabalho na ESF, possibilita a aproximação dos profissionais com o ambiente social no qual o usuário vive, contribui para o cuidado integral baseado nas particularidades de cada ser humano (Gomes, *et al*., 2021). O domicílio se torna espaço terapêutico de promoção à saúde e prevenção de agravos, favorece o atendimento

humanizado, fortalece o vínculo entre família e equipe, aumenta as possibilidades de intervenção, possibilita o desenvolvimento de ações de educação em saúde envolvendo temas sobre preconceitos e exclusão da pessoa em sofrimento psíquico (Eslabão, *et al*., 2019).

Ademais, a ESF é a porta de entrada do usuário do SUS aos serviços de saúde, ela desenvolve relevante papel no campo da saúde mental devido à proximidade do usuário com os profissionais. A VD, que deve ser realizada pelos integrantes da ESF, é uma potente forma de atenção à saúde mental na APS, método integral de assistência e de promover um olhar ampliado sobre o modo de fazer e realizar o cuidado (Eslabão *et al*., 2019).

A assistência domiciliar é baseada nos princípios que norteiam o cuidado prestado pelos profissionais da ESF, incluindo os princípios da integralidade, longitudinalidade e continuidade na prestação da assistência (Gomes *et al*., 2021). De acordo com Almeida *et al.* (2017), os fatores socioeconômicos podem acabar influenciando nas formas de utilizar os serviços de saúde. Desse modo, os usuários que possuem maior facilidade em acessar a assistência de saúde são aqueles que apresentam condições socioeconômicas mais favoráveis.

Além disso, as pessoas idosas com menor renda e escolaridade apresentaram maiores problemas de acesso e uso diminuído dos serviços de saúde, fator mais prevalente em países em desenvolvimento como o Brasil, demonstrando a presença de desigualdades no acesso. Os sistemas universais de saúde, como o SUS, demonstram elevado potencial na redução das desigualdades presentes no acesso aos serviços de saúde (Almeida *et al*., 2017).

Nesse contexto, um significativo número de pessoas idosas vivencia o envelhecimento de forma patológica, em que perde a capacidade para viver uma vida ativa e saudável, pois sofre com as consequências das doenças (Mullins *et al*., 2021). A associação entre fragilidade e acesso se caracteriza por uma síndrome que envolve os fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo impactar de maneira negativa na vida das pessoas idosas (Cruz *et al*., 2020).

Ainda, a pessoa idosa apresenta maior fragilidade, possui dificuldade de se locomover, requer ajuda ou a presença de algum familiar/cuidador, além de dificuldades financeiras e de transporte, ausência de companhia, qualidade do serviço prejudicada, barreiras geográficas como a distância até o serviço de saúde, fatores esses que se tornam barreiras para as pessoas idosas acessarem e utilizarem os serviços de saúde (Cruz *et al*., 2020).

O Caderno de Atenção Básica, n. 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, preconiza para o(a) enfermeiro(a), entre outras atribuições, a prestação de atenção integral às pessoas idosas, a realização de assistência domiciliar, quando necessário, a consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional. A consulta possibilita avaliar de modo amplo e eficaz a pessoa idosa, obter informações que podem auxiliar para planejar intervenções de prevenção ou agravamento de fragilidades, o que favorece para a manutenção da capacidade funcional, reduz a morbimortalidade e contribui para melhorar a qualidade de vida. A avaliação global ou multidimensional da pessoa idosa inclui identificar fatores relacionados à depressão e ou ansiedade, ou seja, associados à saúde mental (Brasil, 2007; Pereira *et al*., 2019).

O(A) enfermeiro(a) é o(a) profissional que mantém maior contato direto com as pessoas idosas na APS, contribuindo na formação de vínculos com o usuário. Na pessoa idosa com depressão e/ou ansiedade pode-se identificar as manifestações clínicas e delinear um plano de cuidado por meio do Processo de Enfermagem, bem como identificar os Diagnósticos de Enfermagem. Mediante estes, reconhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades e realizar intervenções de enfermagem com base nas particularidades e especificidades do paciente, aumentando o nível de resolutividade do problema (Silva *et al*., 2021).

Ainda nessa perspectiva, a atuação do(a) enfermeiro(a) é importante no processo de recuperação da pessoa idosa deprimida, contribuindo no desenvolvimento da autonomia, independência e autoestima. O papel desse profissional envolve escuta, compreensão e orientação sobre cuidados (Pereira *et al*., 2019). Em suma, o(a) enfermeiro(a) ao realizar a consulta de enfermagem e a assistência à pessoa idosa com transtorno depressivo e/ou de ansiedade contribui para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

Ainda, conforme o Caderno de Atenção Básica, n. 19, é atribuição da equipe acompanhar as pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, bem como prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, podendo estar articulada com os demais níveis de atenção, com vista ao cuidado longitudinal, ou seja, a prestação de cuidados e de acompanhamento ao longo do tempo (Brasil, 2007).

Assim, a APS possui como característica o acompanhamento longitudinal dos usuários, contribuindo para a formação de vínculos entre estes e a equipe de saúde. Nesse sentido, se

destaca a necessidade do acompanhamento da situação de saúde mental da pessoa idosa, bem como dos demais acometimentos de saúde. Conforme defende o Caderno de Atenção Básica, n. 19, é responsabilidade dos profissionais que assistem a pessoa idosa compreender as limitações da velhice, assim como educar e orientar os cuidadores e familiares para o estabelecimento de uma parceria, a fim de escolher planos terapêuticos simples, aumentando a capacidade da eficiência terapêutica e minimizando os eventos adversos (Brasil, 2007).

Ademais, a educação em saúde mental é importante pois oferece a pessoa idosa autonomia sobre o seu processo de saúde-doença, mediante o conhecimento repassado pelos profissionais de saúde, por meio de orientações e esclarecimentos. Assim, o paciente consegue compreender que é o autor principal na promoção de sua saúde mental, levando a mudanças de comportamentos, aderência aos tratamentos e, consequentemente, melhora da qualidade de vida da pessoa idosa (Silva *et al*., 2020).

Em relação ao tratamento medicamentoso, os benzodiazepínicos, os quais pertencem a classe dos ansiolíticos, são altamente consumidos pela população e seu uso, em adultos com 65 anos ou mais, atinge uma taxa de 15% a 43%. Esses fármacos são usados na população idosa para controlar e prevenir a ansiedade, insônia e transtornos de humor, além de aliviar o sofrimento mental causado pelos problemas da vida e da solidão (Rodrigues *et al*., 2021).

Vale salientar que esses medicamentos possuem risco elevado de efeitos colaterais, principalmente quando utilizados de forma crônica, ao longo de meses ou anos, causando dependência física e psicológica, maior frequência de quedas, risco aumentado de demência, eventos cognitivos e psicomotores adversos. O uso excessivo de antidepressivos e ansiolíticos pela população idosa, sem acompanhamento por profissional habilitado, pode acarretar problemas diversos. Por isso, é importante conhecer as indicações desses fármacos, considerar as alterações fisiológicas da velhice e observar a adaptação da pessoa idosa ao medicamento prescrito por meio do acompanhamento (Rodrigues *et al*., 2021; Savala e Junior, 2022).

Ações de promoção da saúde mental realizadas no âmbito da atenção primária à saúde são importantes para estimular o autocuidado, promover benefícios à autoestima e diminuir a sensação de isolamento da pessoa idosa (Souza *et al*., 2020). Além da importância da participação do profissional enfermeiro(a), também se destaca a importância da presença do(a)

psicólogo(a), para que ocorra o acompanhamento da situação de saúde mental e emocional das pessoas idosas (Pereira *et al*., 2019). Identifica-se a inexistência de um programa específico de saúde mental na unidade básica para o estabelecimento de estratégias que contribuíssem na melhoria do cuidado (Damasceno e Sousa, 2018).

No contexto da ESF, nota-se que alguns desafios dificultam as ações de cuidado à saúde mental como o cuidado biomédico com o intenso uso de fármacos como principal meio de cuidado, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a carência de uma rede de atenção psicossocial estruturada, falta de diálogo entre os profissionais que constituem a equipe e a falta de investimentos na formação dos profissionais de saúde (Eslabão *et al*., 2019).

CONCLUSÕES

O estudo permite conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas idosas com transtornos depressivos e/ou de ansiedade, particularmente sobre o acesso, vínculo e interação com os serviços e profissionais de saúde. Ainda, sobre a necessidade de promover melhorias no monitoramento, acompanhamento e assistência à saúde mental dessa população com a finalidade de evitar agravos que podem ser originados pelo sofrimento psíquico. A ESF e a equipe de saúde se constituem em espaços de cuidado integral das pessoas idosas e neles devem estar inclusos os aspectos relativos à saúde mental, servindo de referência e suporte emocional.

Também é possível compreender como as pessoas idosas recebem e percebem a atenção e a assistência prestadas pelos profissionais da ESF, particularmente no atendimento às demandas de natureza psíquica. Nesse contexto, observam-se lacunas que interferem na assistência à saúde mental e na eficácia do tratamento aos transtornos depressivos e de ansiedade nas pessoas idosas. Dentre essas se destacam a ausência de acompanhamento da situação de saúde do usuário, a dificuldade das pessoas idosas em acessar o serviço de saúde, seja por condições clínicas que impossibilitam o seu deslocamento ou por dificuldades financeiras e de transporte. Ainda, pela localização da unidade de saúde (ESF) estar situada longe da residência, qualidade do serviço e falta de acesso a serviço especializado, como psicólogo e psiquiatra.

Nesse contexto, nota-se como as alterações biológicas do envelhecimento, associadas às vulnerabilidades sociais, econômicas e individuais, influenciam no adoecimento psicológico.

Também, que as problemáticas de saúde mental nas pessoas idosas, muitas vezes, não são reconhecidas, diagnosticadas e nem tratadas.

Evidencia-se que os participantes que não apresentam estratégias de cuidado demonstram dificuldades no enfrentamento dos sintomas sugestivos de depressão e ansiedade. Salienta-se que há um maior número de pessoas idosas que não realizam ou não recebem cuidados de saúde mental, seja pela falta de informação sobre como realizar cuidados ou por falhas na assistência à saúde.

Além disso, destaca-se o quanto a temática da saúde mental ainda é considerada um tabu, de forma que se evidencia no estudo preconceitos estabelecidos pela sociedade, o que faz com que muitos participantes não conversem sobre tal e se sintam desamparados para procurar ajuda. Recomenda-se que sejam realizadas novas pesquisas sobre a temática, uma vez que há poucos estudos que abordam esse assunto e é necessário conhecer mais sobre a saúde mental das pessoas idosas para instigar a melhoria das políticas públicas e da assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Ansiedade; Itinerário Terapêutico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.P.S.C. *et al*. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **RSP**, v. 51, n. 50, p.1-15, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** 1ª ed. 1ª reimpressão, n.19. Brasília, Distrito Federal, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016.** Brasília, 2016.

CABRAL, U. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. **Agência IBGE Notícias**, 22 de jul. de 2022.

CRUZ, P.K.R. *et al.* Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 06, p. e190113, 2020.

DAMASCENO, V.C.; SOUSA, F.S.P. Cuidado de saúde mental à pessoa idosa: percepção do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2710–2716, 2018.

ESLABÃO A.D. *et al*. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. nurs. health**. v. 9, n. 1, e199101, 2019.

FARIAS, W.M *et al*. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. **Rev. Med**., v. 101, n.1, p. 1-8, 2022.

FELIPE, S.G.B. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico. **REBEn**, v. 73, p. e20190851, 21 set. 2020.

GOMES, R. M. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e40010212616, 20 fev. 2021.

MINAYO, M.C.S; COSTA, A.P. Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia, 2019.

MULLINS, M. A. *et al*. Access to primary care and cognitive impairment: results from a national community study of aging Americans. **BMC geriatrics**, v. 21, n. 1, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe mundial sobre la salud mental:** Transformar la salud mental para todos. OMS, 2022.

PEREIRA, B.R.S. *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão na população idosa. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v.4, n.1, p. 51-56, 2019.

ROCHA, B.L. da; BEZERRA, P.C.L; MONTEIRO, G.T.R. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. **Rev. bras. geriat. gerontol.**, v. 24, n. 3, e210034, 2021.

RODRIGUES, G.F. *et al*. Riscos associados ao uso de fármacos psicoativos na população idosa. **REAC**, v. 37, s/n, p. 1-7, 2021.

SANTOS, E.M.B. dos. *et al.* Fatores relacionados aos sintomas depressivos em pessoas idosas com diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, s/n, e81965, 2022

SAVALA, J.L.; JUNIOR, O.M.R. Dependência no uso prolongado dos benzodiazepínicos no tratamento da ansiedade em pacientes idosos: clonazepam versus diazepam. **Research society and development**, v. 11, n. 12, e500111234810, 2022.

SILVA, B.C.M. *et al*. Importância da identificação do diagnóstico de enfermagem ao paciente com depressão senil na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n.2, e53510212770, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12770.

SILVA, M.J.F. *et al*. A promoção de saúde mental em idosos não-institucionalizados atendidos pelo sus: gerações do fazer saúde. **Extensio UFSC: rev. eletr. de extensão**, Florianópolis, v. 17, n. 36, p. 159-166, 2020. DOI: 10.5007/1807-0221.2020v17n36p159.

SOUZA, A. P. *et al*. Contribuições à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **New trends in qualitative research**, v.3, s/n, p. 491-502, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other common mental disorders:** global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

WORLD POPULATION PROSPECT (WPP2022). **Release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions.** New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022.