

Artigo

DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

DEPRESSION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Renan Pires Maia¹

Ana Karla Bezerra da Silva Lima²

Ana Carolina Lopes Cavalcanti de Oliveira³

Hevelly Carlos Cabral⁴

Koriander Gomes da Silva Santana⁵

Maiane Silva Barbosa de Moraes⁶

RESUMO – O objetivo do presente trabalho foi o de verificar a presença da depressão em idosos institucionalizados na região da Mata Norte do estado de Pernambuco, a fim de responder, dentro de um contexto local, se existe uma possível relação entre a depressão e a situação de exclusão e abandono em relação ao resto da sociedade nos quais se encontram tais idosos. Além disso, buscou-se verificar ainda a existência de apoio psicológico ou psiquiátrico no âmbito dos abrigos visitados. Para o cumprimento do objetivo proposto, foi feita uma pesquisa de campo, com coleta de dados em cinco abrigos da região mencionada, nas cidades de Timbaúba, Macaparana, Nazaré da Mata e Carpina. Como resultados observou-se que dentro da população idosa institucionalizada tem-se uma alta prevalência de casos de depressão diagnosticada ou de suspeitas de depressão, acima da média da população geral brasileira e mundial. O abrigo que apresentou um percentual de idosos com depressão mais crítico foi o da cidade de Carpina (27%). A depressão se mostrou, entre os idosos institucionalizados, mais prevalente em homens do que em mulheres, e o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico mostrou-se precário

¹ Psicólogo, mestre e doutorando em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba e docente da Faculdade Santíssima Trindade em Nazaré da Mata - PE. E-mail: renanpmaia@gmail.com

² Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, docente da Faculdade Santíssima Trindade. E-mail: lima.anakarla@gmail.com

³ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade. Bacharel em Administração pela Faculdade de Ciências de Timbaúba.

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade.

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santíssima Trindade.

⁶ Graduanda em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade.



Artigo

na maioria dos abrigos investigados, três deles não fornecendo esta espécie de serviço no próprio local.

Palavras- chave: Depressão; Idosos; Institucionalizados.

ABSTRACT - The aim of the present study was to verify the presence of depression in institutionalized elderly in the region of Mata Norte in the state of Pernambuco, in order to answer, within a local context, whether there is a possible relation between depression and the situation of exclusion and abandonment in relation to the rest of society in which such elderly people is found. Besides that, we sought to verify the existence of psychological or psychiatric support within the institutions visited. In order to fulfill the mentioned objective, a field research was carried out, with data collection in five institutions in the mentioned region, in the cities of Timbaúba, Macaparana, Nazaré da Mata and Carpina. As a result, it was observed that within the institutionalized elderly population there is a high prevalence of cases of diagnosed depression or of suspected depression, above the average of the general Brazilian and world population. The institutions that presented a percentage of elderly people with more critical depression was that of the city of Carpina (27%). Depression proved to be more prevalent among institutionalized elderly men than women, and psychological or psychiatric assistance proved to be precarious in most of the institutions investigated, three of them not providing this type of service in the own place.

Keywords: Depression; Elderly; Institutionalized.

INTRODUÇÃO

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido usualmente empregado para designar um estado, que pode agregar a si sentimentos de tristeza, irritabilidade, culpa e outros, e que tende a prolongar-se no tempo. No *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V* (APA, 2014), a depressão, simplesmente como tal, é intitulada de Transtorno Depressivo Maior (TDM), e possui a seguinte sintomatologia: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução do



Artigo

apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou raciocinar ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida e tentativa (ou planejamento) de suicídio. Tais sintomas, na depressão, tendem a aparecer quase todos os dias, na maior parte do dia, e caracterizam depressão se aparecem ao menos cinco deles – sendo pelo menos um humor deprimido ou perda do interesse ou prazer – durante o mesmo período mínimo de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior (APA, *ibidem*, p. 160-161).

Segundo Beck, no tocante à sua etiologia, “algumas autoridades afirmam que a depressão é sobretudo um transtorno psicogênico; outras asseveram que ela é causada por fatores orgânicos” (BECK, 2011, p.14). Naturalmente, umas e outras estão corretas, posto que a depressão pode tanto desenvolver-se a partir das contingências da vida de uma pessoa – por exemplo, uma pessoa casada há muito tempo que vem a perder seu cônjuge amado, ou uma pessoa que perde o emprego e não tem mais como sustentar sua família, ou, ainda, uma pessoa que se sente só – como também pode desenvolver-se a partir de fatores de caráter fisiológico, como a deficiência na produção de hormônios relacionados ao humor – como a serotonina -, o que é influenciado inclusive pela alimentação e pela frequência de atividades físicas. O DSM-V traz como entre as causas da TDM fatores de risco genéticos e fisiológicos, sendo a principal histórico familiar (APA, *op. cit.*, p. 166).

No que concerne ao diagnóstico da depressão, temos que este é feito no âmbito da clínica por profissional da área da psicologia ou da psiquiatria. Todavia, por ser um transtorno de etiologia diversificada, que envolve tanto fatores psicogênicos quanto orgânicos, importa que o profissional saiba trabalhar em parceria com outros – o psicólogo com o psiquiatra e vice-versa –, sobretudo se o tratamento envolver medicação. O diagnóstico psicológico envolve o uso de instrumentos, tais como o *Inventário de depressão de Beck* – BDI-I e BDI-II, que consiste em um questionário com 21 itens tipo *likert*, variando numa escala de 4 pontos de intensidade de (0 a 3), onde o respondente marca 3, de 0 a 3, o quanto cada um dos elementos característicos da depressão estão presentes na sua vida atual. O escore total varia de 0 a 63, onde zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto escore mais alto indica maior gravidade da doença (BECK et al., 1961; BECK, STEER, BROWN, 1996).

O tratamento da depressão varia de acordo com sua intensidade. Nos casos leves, apenas o tratamento psicoterápico costuma, *per se*, trazer resultados satisfatórios. Naqueles mais severos, a psicoterapia pode ser aliada ao uso de antidepressivos. Souza (1999) aponta que os antidepressivos “produzem, em média, uma melhora dos sintomas



Artigo

depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%”. Ressalte-se que a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, nos efeitos colaterais, no risco de suicídio, na presença/ausência de outros distúrbios clínicos, na concomitância da psicoterapia, na tolerabilidade à medicação, no custo etc. Outro ponto importante a ser tomado em consideração é como se divide o tratamento antidepressivo. Segundo Souza, (1999), este é dividido nas seguintes fases:

aguda, continuação (até 6 meses) e preventiva (após 6 meses). Na prática, esta divisão tem importância relativa, visto que a droga com a qual o paciente melhorou deve ser prescrita nas fases subsequentes do tratamento. A pergunta mais apropriada seria: por quanto tempo deve-se prescrever a medicação? As doses de continuação devem ser as mesmas ou próximas às doses terapêuticas. Em pacientes idosos, a terapia de continuação até dois anos após a melhora pode ser necessária. Uma taxa de recaída de até 50% é observada se o tratamento é inadequado, ou nenhum tratamento após resposta inicial é observado.

À pergunta de Souza acerca do tempo de prescrição da medicação responderíamos que depende de cada caso. Na depressão de etiologia psicogênica o ideal é que haja um desmame paulatino, na proporção em que a psicoterapia se desenvolve e encontra resultados satisfatórios, entrando a medicação como uma “muleta”, por assim dizer, para que o paciente possa ter uma resposta inicial e mínima ao procedimento psicoterápico. Em casos em que a etiologia se explica por fatores orgânicos, sobretudo genéticos, é possível que a medicação seja sempre necessária e tal desmame nunca aconteça. Seja como for, importa que, em todos os cenários, a psicoterapia se faça presente, considerando que a depressão envolve o ser humano como um todo, e uma abordagem holística, que não desconsidere nem o orgânico e nem o psíquico, seja pressuposta.

No que diz respeito à sua distribuição estatística e epidemiológica, o DSM-V aponta ainda que o TDM – sem considerar outros tipos de depressão –, nos Estados Unidos, possui uma prevalência de 7% em 12 meses, sendo três vezes maior em indivíduos de 18 a 29 anos do que em indivíduos acima dos 60 anos, e sendo 1,5 a 3 vezes mais comum a depressão em mulheres do que em homens a partir da adolescência (APA, op. cit., 165). Já segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão afeta 4,4% da população mundial, sendo o percentual, na população brasileira, de 5,8% (PASSOS, 2020), o que demonstra que no Brasil o problema da depressão é maior do que a média global. Por a depressão ser influenciada incluso por fatores socioculturais, os



Artigo

dados norte-americanos relativos à distribuição do TDM nas diferentes faixas etárias não podem ser generalizados, o que significa que faz-se mister investigar como se dá tal distribuição na realidade brasileira e, além disso, como a depressão se desenvolve em cada período da vida.

Concernentemente à terceira idade, não obstante os dados norte-americanos revelem que a depressão tenda a ser menos comum nesta fase do que na juventude, temos nela vários fatores que poderiam levar ao seu desenvolvimento, a saber: limitações de caráter neurofisiológico – tais como limitações na capacidade perceptual, na capacidade de concentração, de atenção, dificuldades de aprendizagem ou de reter novas informações, dificuldades motoras, problemas típicos da terceira idade tais como incontinência, de visão, de audição etc. e, não raro relacionado com tudo isso, uma acentuada diminuição da vida social e conseqüente sentimento de solidão, abandono e exclusão, o que deixa o idoso mais vulnerável a problemas como a depressão.⁷

Sobre a exclusão do idoso, Sousa, Figueiredo & Cerqueira (apud AZEREDO e AFONSO, 2016, p. 315) falam ainda de “uma sociedade sem tempo para respirar em que a preocupação com a produtividade e a prosperidade econômica falam mais alto, remetendo os idosos para situações graves de solidão e exclusão”. O idoso, por não ser mais considerado produtivo no âmbito da sociedade capitalista – o que não deixa de ser

⁷ Ao falarmos de terceira idade, convém fazer aqui alguns apontamentos. No Brasil, segundo o *Estatuto do idoso*, é considerado idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2020). Também importa entendermos o que seja envelhecimento. Trazemos aqui algumas definições postas na literatura sobre o que seja. A primeira delas é da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que o define como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, sua possibilidade de morte (OPAS, 2003, p. 30). A segunda definição trazida aqui é posta por Busse, Horn e Meer (apud PAPALIA e FELDMAN, 2013, p. 537), que afirmam que o envelhecimento é um processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos, não importando o que as pessoas façam para evitá-lo, sendo o mesmo, nessa visão, uma conseqüência inevitável do ficar velho, e sendo distinto do envelhecimento secundário, resultante de doenças, abusos e maus hábitos, fatores que em geral podem ser controlados. Por fim, trazemos o que diz Erminda (1999, p. 43), que coloca o envelhecimento como um “processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”.



Artigo

uma forma de preconceito – é socialmente marginalizado, perdendo seu valor perante a sociedade e caindo em situação de isolamento. Barroso *et al.* Mostram que “40% das pessoas acima de 65% anos relatam sentir solidão pelo menos algumas vezes por semana” (BARROSO *et al.*, 2016, p. 69). Todos estes fatores, somando-se às limitações neurofisiológicas características da terceira idade, incidem sobre a autoestima do idoso, em sua autoimagem e em sua motivação, tornando-o mais vulnerável a desenvolver depressão.

Sobre isso, diz Beck:

A baixa autoestima é um atributo característico da depressão. A autodesvalorização aparentemente faz parte do padrão dos pacientes deprimidos de verem a si mesmos como deficientes dos atributos que lhes parecem especificamente importantes: capacidade, desempenho, inteligência, saúde, força, atratividade pessoal, popularidade ou recursos financeiros. Muitas vezes o sentimento de deficiência se expressa em declarações como “eu sou inferior” ou “eu não estou à altura” (BECK, 2011, p.30).

Esta diminuição do senso de valor pessoal pode levar o idoso ao desespero, inclusive fazendo-os chegar ao suicídio. Santos *et al.* (2017, p. 4) nos apontam que “entre os anos de 2000 e 2014 foram registrados 19.806 suicídios na população idosa no Brasil”. Um número aparentemente baixo se considerarmos a população total brasileira, mas não tão baixo se considerarmos que o topo da pirâmide etária ainda é, apesar de tudo, sua parte mais estreita. Armstrong (2011, p. 235) comenta que “o fato dos idosos se desesperarem ao serem denegridos pela sociedade que sustentaram por tanto tempo é uma tragédia de proporções shakespearianas”.

Dito isto, temos que é de suma importância que se lance sobre a população idosa um olhar mais atento no que diz respeito não apenas à sua saúde física e inserção social, mas também no tocante à saúde mental, posto que há vários fatores de risco nesta fase que podem levar o idoso a desenvolver transtornos depressivos e de outros matizes. Considere-se ainda, como algo que justifica a discussão presentemente posta, o acentuado ritmo em que a população brasileira está envelhecendo, tornando a atenção à saúde do idoso um tema da mais alta relevância.

Dados do IBGE revelam que até 2060, o número de pessoas acima de 65 anos superará o número de crianças e adolescentes até 14 anos (IBGE, 2020b), e que de 2015 para 2016 “a expectativa de vida do brasileiro ao nascer passou de 75,5 para 75,8 anos”



Artigo

(IBGE, 2020a). De acordo com Alves, segundo projeções anteriores do IBGE (revisão 2013) o Brasil se tornaria um país idoso em 2029, quando haveria 39,7 milhões de jovens (0-14 anos) e 40,3 milhões de idosos (60 anos e mais). Nesta data, o índice de envelhecimento seria maior do que 100, ou seja, haveria 101,6 idosos para cada 100 jovens (IHU, 2020). O mesmo autor diz ainda que outra transição confirmada pelas novas projeções é da estrutura etária, com a mudança de uma pirâmide populacional de base larga (rejuvenescida) para uma pirâmide de base estreita e de topo ampliado (envelhecida) (IHU, idem).

Isso posto, temos que o objetivo do presente trabalho foi o de verificar a presença da depressão em idosos institucionalizados na região da Mata Norte do estado de Pernambuco, a fim de responder, dentro de um contexto local, se existe uma possível relação entre a depressão e a situação de exclusão e abandono em relação ao resto da sociedade nos quais se encontram tais idosos, não raro completamente abandonados pelos próprios familiares ainda existentes. Buscou-se verificar ainda a existência, a frequência e a qualidade do apoio psicológico ou psiquiátrico prestado a estes idosos diagnosticados ou com suspeitas de depressão, no intuito de fazer um breve levantamento da atenção à saúde mental do idoso que é prestada dentro de tais abrigos.

METODOLOGIA

No intuito de cumprir o objetivo supramencionado, o presente trabalho assumiu a metodologia de uma pesquisa de campo, onde buscou-se verificar, dentro de cinco abrigos da região da Mata Norte de Pernambuco, a população total de idosos e a quantidade e percentual daqueles com depressão ou com suspeitas de depressão, além da quantidade de idosos que recebem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Os abrigos selecionados encontram-se nas cidades de Macaparana, Timbaúba, Nazaré da Mata e Carpina. No tocante à coleta de dados, esta foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2019, de forma indireta, tendo sido os dados fornecidos pelos próprios abrigos, não havendo contato direto dos pesquisadores com os idosos. A coleta de dados visou responder três questões fundamentais, a saber: “Quantos idosos há no abrigo?”; “Quantos idosos possuem diagnóstico ou sinais de depressão?”; e “Há acompanhamento psicológico ou psiquiátrico destes casos no abrigo?” Os dados coletados foram analisados quantitativamente, a partir dos cálculos de frequência absoluta e de porcentagem.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados realizada, obteve-se a informação da existência de um total de 191 idosos no universo dos cinco abrigos participantes da pesquisa. Destes, 11% tinham diagnóstico ou apresentavam sinais de depressão, o que nos leva a questionar se o número de casos de depressão dentro da população idosa institucionalizada tende a ser maior em relação à população geral ou se os casos tendem a ser mais numerosos na população idosa total frente à população geral – novos estudos precisariam ser realizados para investigar. Tal indagação é pertinente se lembrarmos os dados postos pela OMS de que 4,4% da população mundial e 5,8% da população brasileira possuem depressão.

Os dados coletados encontram-se mais detalhadamente sintetizados na tabela abaixo:



Artigo

ABRIGO 1 (Timbaúba)				
Sexo	<i>f</i>	Idosos com depressão ou sinais	%	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico
Feminino	13	1	7,6	-
Masculino	16	1	6,2	-
Total	29	2	6,8	-
ABRIGO 2 (Timbaúba)				
Sexo	<i>F</i>	Idosos com depressão ou sinais	%	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico
Feminino	17	-	0	1
Masculino	12	-	0	3
Total	29	-	0	4
ABRIGO 3 (Macaparana)				
Sexo	<i>f</i>	Idosos com depressão ou sinais	%	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico
Feminino	11	-	0	-
Masculino	21	-	0	1
Total	32	-	0	1
ABRIGO 4 (Nazaré da Mata)				
Sexo	<i>f</i>	Idosos com depressão ou sinais	%	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico
Feminino	39	5	12,8	-
Masculino	25	4	16	-
Total	64	9	14	1
ABRIGO 5 (Carpina)				
Sexo	<i>f</i>	Idosos com depressão ou sinais	%	Acompanhamento psicológico/psiquiátrico
Feminino	22	4	18,8	4
Masculino	15	6	40	6
Total	37	10	27	10

Como se pode notar a partir da coleta feita, dois abrigos informaram não possuir idosos com diagnóstico ou sinais de depressão. A cidade com o maior número de idosos institucionalizados foi a de Nazaré da Mata, afrente de cidades substancialmente mais populosas, tais como Timbaúba e Carpina. No que diz respeito ao número de casos de depressão ou casos suspeitos, os dados mais alarmantes são os informados pelos abrigos das cidades de Nazaré da Mata e Carpina. O abrigo desta última foi o que apresentou um



Artigo

maior número de casos, tendo informado possuir 10 dos 37 dos seus idosos com depressão ou com sinais de depressão, o que corresponde a um percentual de 27%, um valor altíssimo. Todavia, o abrigo da cidade de Carpina foi o que informou um maior número de encaminhamentos ao atendimento psicológico ou psiquiátrico. Chama atenção o fato de que em todos os abrigos que informaram ter idosos com depressão ou com sinais de depressão, com exceção do abrigo 1, o número de casos foi maior entre homens do que entre mulheres, mostrando resultados diferentes daqueles observados no contexto norte-americano, que traz um número três vezes maior de casos na população feminina em relação à masculina (APA, op. cit., 165). No abrigo de Carpina os idosos com depressão ou sinais de depressão são mais que o dobro, em termos percentuais, em relação às mulheres.

Em relação ao acompanhamento de um profissional psicólogo ou psiquiatra, também chama atenção o fato de que este inexistente *in loco* no abrigo 1 da cidade de Timbaúba, e é quase inexistente no abrigo 4, da cidade de Nazaré da Mata, a despeito de ambos os abrigos possuírem casos de idosos com depressão ou com sinais de depressão, o que demonstra um desamparo em relação a estes idosos ou, no mínimo, a ausência de um tratamento mais próximo e eficaz, fornecido pela própria instituição. Os abrigos de Timbaúba (1 e 2) e o de Macaparana (3) informaram possuir atendimento nos ambulatórios de saúde mental municipais, de forma mais esporádica, sendo os idosos levados ao atendimento quando apresentam sinais. Sobre a frequência dos atendimentos, o abrigo 5, da cidade de Carpina, informou ter atendimento quinzenalmente, sendo o único com atendimento regular *in loco*, e o abrigo da cidade de Nazaré da Mata (4), por sua vez, informou ter atendimentos eventualmente. Os demais não possuem atendimento *in loco*.

CONCLUSÃO

A partir do levantamento feito, podemos perceber que a porcentagem de depressão entre os idosos institucionalizados na região é significativo, acima da média nacional e global para a população geral. Isso nos chama a atenção para a importância de se lançar um olhar mais atento e cuidadoso para esta população que, frente às estimativas de crescente envelhecimento do Brasil, tenderá a aumentar nas próximas décadas. Tal olhar mais acurado, como se espera, passa pelo fornecimento de um atendimento psicológico e



Artigo

psiquiátrico mais presente, preferencialmente fornecido pelas próprias instituições que acolhem estes idosos em situação de abandono e exclusão.

Tem-se ciência, contudo, da limitação dos dados coletados, de modo que faz-se mister que estes sejam expandidos, a fim de se ter um real e profundo panorama da depressão dentro do contexto dos abrigos, e, no intuito de verificar se a depressão se faz mais alarmante dentro dos abrigos ou na população idosa geral, indistintamente, é importante que se realizem estudos de comparação, confrontando os dados coletados nos abrigos com os coletados na população idosa geral. Finalmente, cabe dizer ainda que o número de casos de depressão dentro das instituições visitadas pode ser ainda maior se considerarmos uma possível falta de habilidade dos profissionais – que não são da área da saúde mental – em perceber corretamente os sinais da depressão, levando o idoso ao atendimento psicológico/psiquiátrico quando necessário para que se realize o diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARMSTRONG, T. **Odisseia do Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

AZEREDO, Z. A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n.2, 2016, pp. 313-324.

BARROSO, S. M. *et al.* Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, vol. 65, n. 1, 2016, pp. 68-75.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, 4, 1961, pp. 561-571.

BECK, A. T., ALFORD, B. A. **Depressão causas e tratamentos**, 2.ed. São Paulo: Artmed, 2011.



Artigo

BECK, A. T., STEER, R. A. & BROWN, G. K. **Manual for Beck Depression Inventory II**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 de janeiro de 2020.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. *In*: COSTA, M. A. M. *et al.* (Org.). **O idoso: problemas e realidade**. Coimbra: Formasau, 1999.

IBGE. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>>. Acesso em 23 de janeiro de 2020a.

_____. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 23 de janeiro de 2020b.

IHU. **O envelhecimento populacional segundo as novas projeções do IBGE**. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/582356-o-envelhecimento-populacional-segundo-as-novas-projecoes-do-ibge>>. Acesso em 23 de janeiro de 2020.

OPAS. **Guia clínica para atención primaria a las personas adultas mayores**. 3. ed. Washington, DC, 2003.

PAPALIA, E, D. *et al.* **Desenvolvimento Humano**, 12 ed. Porto Alegre, AMGH, 2013.

PASSOS, L. **Brasileiro ainda sabe pouco sobre depressão, revela IBOPE**. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/brasileiro-ainda-sabe-pouco-sobre-depressao-revela-ibope/>>. Acesso em 24 de janeiro de 2020.



Temas em Saúde

Volume 20, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2020

Artigo

SANTOS et al. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Rev. Bras. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 6, 2017, pp. 854-865.

SOUZA, F. Tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, vol. 21, n.1, 1999, pp. 18-23.



DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

DOI: [10.29327/213319.20.4-15](https://doi.org/10.29327/213319.20.4-15)

Páginas 314 a 326

326