

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ANALINE DA RESSURREIÇÃO SANTOS CANTANHEDE

DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

São Luís
2016

ANALINE DA RESSURREIÇÃO SANTOS CANTANHEDE

DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Mestre Jessé Sales Rêgo.

Cantanhede, Analine da Ressurreição Santos

Depressão no idoso institucionalizado / Analine da Ressurreição Santos Cantanhede -. São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

17 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. -. 2016.

Orientador: Prof. Me. Jessé Sales Rêgo

1. Depressão. 2. Institucionalização. 3. Idosos. I. Título.

CDU: 613.86-053.9

ANALINE DA RESSURREIÇÃO SANTOS CANTANHEDE

DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

RESUMO

A depressão está entre os mais significativos problemas de saúde pública que compromete a funcionalidade da população idosa. O seu aparecimento é visível durante o processo de institucionalização e está associado à baixa qualidade de vida, ao declínio funcional e ao aumento na morbidade e mortalidade. Conhecer o quadro depressivo e seus sintomas é essencial para confirmação do diagnóstico e realização de um tratamento. O presente artigo tem como objetivo apresentar a relação entre depressão e o processo de institucionalização de idosos, para tanto, foram selecionados estudos significativos sobre a problemática no período de 2000 a 2014. Embora, a institucionalização seja apenas um fator de risco, os resultados deste estudo apontam que os idosos institucionalizados apresentam mais sintomas de depressão do que aqueles que vivem com seus familiares. Torna-se evidente que tanto a institucionalização quanto as alterações psicossociais podem desencadear quadros depressivos em idosos.

Palavras – Chave: depressão, institucionalização, idosos.

ABSTRACT

Depression is among the most significant public health problems that compromise the functionality of the elderly population. Its appearance is visible in the process of institutionalization and is associated with poor quality of life, functional decline and increased morbidity and mortality. Knowing depressive disorder and its symptoms is essential to confirm the diagnosis and completion of treatment. This article aims to present the relationship between depression and the process of institutionalization of the elderly, therefore, significant studies were selected on the issue from 2000 to 2014. Although institutionalization is only one risk factor, the results of this study suggest that institutionalized elderly have more symptoms of depression than those who live with their families. It is clear that both the institutionalization as psychosocial changes can trigger depressive disorders in the elderly.

Key - words : depression, institutionalization , seniors.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO:	6
2-DEPRESSÃO: causas, sintomas e tratamento.....	7
3-DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	10
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.	13
REFERÊNCIAS	14
ANEXO.....	17

DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: uma discussão acerca da literatura especializada no período recente.

DEPRESSION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY: a discussion of the literature in recent years .

Analine da Ressurreição Santos Cantanhede¹.

1-INTRODUÇÃO:

A depressão é um transtorno mental. De acordo com a organização mundial de saúde (OMS, 2002) mais de 350 milhões de pessoas no mundo sofrem com a depressão, e pesquisas comprovam que 10% correspondem a adultos. A OMS Estima que ela alcance cerca de 20% dos idosos, sendo que aproximadamente 2% destes encontram-se em instituições de longa permanência.

De acordo com Santiago & Holanda (2013) a depressão segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), pode ser classificada em três categorias conforme apresentado a seguir:

"depressão menor" (com a apresentação de dois a quatro sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia); "distímia" (de três a quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo) e "depressão maior" (com cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia)" (SANTIAGO & Holanda 2013, p.1)

A depressão não faz parte do envelhecimento saudável, destaca-se entre as pesquisas por ser uma doença grave, a principal causa de incapacidade e ocupa o quarto lugar no ranking mundial das principais patologias (OMS, 2002).

¹ Graduada em Terapia Ocupacional, Pós-Graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Faculdade LABORO – São Luís - MA. Atualmente atuando junto à secretaria de saúde do município de São José de Ribamar – MA.

Longe do convívio familiar e se tratando de atendimento as necessidades de moradia dos idosos, a institucionalização é considerada a modalidade mais antiga. Nesta condição, o idoso vivencia todas as consequências da ruptura dos laços sociais e familiares, tais como: perda de autonomia, privacidade, identidade social, individualidade e etc. levando-o a um estado de tristeza que muitas vezes é negligenciado pelo cuidador.

Pretende-se neste estudo, segundo a literatura especializada, discorrer sobre a depressão e seus sintomas e apresentar a relação entre depressão e o processo de Institucionalização de Idosos.

Para melhor compreensão, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira apresenta-se o conceito da patologia, os sintomas apresentados durante um quadro depressivo, a incidência e prevalência entre o sexo feminino e masculino, assim como a sintomatologia e etiologia, os critérios para elaboração de um diagnóstico diferencial e possíveis tratamentos.

Na segunda, apresenta-se a depressão no contexto da institucionalização, explica-se sua classificação, epidemiologia e prevalência, levando em consideração, por meio da literatura escolhida, as alterações psíquicas, psico-afetivas e sociais decorrentes da institucionalização de idosos.

2-DEPRESSÃO: causas, sintomas e tratamento.

A depressão caracteriza-se com um transtorno mental que abrange uma diversidade de distúrbios psicopatológicos que se diferenciam quanto à sintomatologia, gravidade e prognóstico sendo formada por uma grande rede de intercomunicações, que dão origem ao quadro depressivo (TEODORO, 2009).

O estado depressivo provoca atraso nos processos psíquicos, humor depressivo, irritabilidade, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos negativos (JARDÍM, 2011).

Segundo a OMS (2014) as mulheres desenvolvem cerca de duas vezes ou mais depressão do que homens. A incidência é 0,43% em homens e 0,76% em mulheres, até os

70 anos. A probabilidade de um primeiro episódio de depressão será 27% para homens e 45% para mulheres (LIMA, 2008). Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem com algum tipo de transtorno mental no mundo conforme demonstra a Organização Mundial de Saúde.

A prevalência de depressão é maior entre os jovens, entretanto são numerosos os casos de idosos que apresentam sintomas depressivos que não se enquadram nos critérios de depressão maior² (FREITAS, 2012).

No idoso, a depressão é definida como uma síndrome que envolve diversos aspectos como biológicos, psicológicos e sociais. Está associada a déficits cognitivos e funcionais mesmo em pacientes com sintomas depressivos menos graves (ÁVILA & BOOTINO, 2006).

A depressão psiquiátrica é a mais comum entre os idosos segundo Silva (2009), em geral manifesta-se também através de queixas físicas associadas a doenças clínicas que podem levar a hospitalização conforme Stella et al (2002) e nos casos mais graves em que o sentimento de tristeza soma-se ao isolamento social pode levar ao suicídio como acrescenta Batistoni et al (2007).

Para Baptista et al (2006), a sintomatologia e a etiologia da depressão em idosos estão relacionadas a eventos desencadeantes, orgânicos e ambientais. Segundo Cherloni et al (2003) os sintomas depressivos podem surgir associados a: 1-dificuldades de tomada de decisões; 2- dificuldade em começar e terminar tarefas; 3- irritabilidade ou impaciência; 4- inquietação; 5-acha que não vale mais apenas a viver; 6-desejo de morrer; 7-chora por tudo; 8-sensação de que não vai melhorar; 9-desesperança; 10-dificuldade de término de suas atividades; 11-sentimentos de pena de si mesmo; 12-persistência de sentimentos negativos, 13-queixas frequentes; 14-sentimentos de culpa; 15-boca ressecada; 16-constipação; 17-perda de apetite; 18-insônia e 19-perda de desejo sexual.

² Sintomatologia: estado deprimido a maior parte do tempo; anedonia; sensação de culpa ou inutilidade excessivas; dificuldade de concentração; fadiga; distúrbios do sono; agitação ou lentificação psicomotora; aumento ou redução significativa de peso e ideias recorrentes de morte e suicídio. Destaca-se que um quadro de depressão maior é caracterizado por cinco ou mais sintomas dos apresentados anteriormente por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia. Ver: Santiago (2013).

O diagnóstico da depressão abrange várias etapas: 1-anamnese detalhada com o paciente, com familiares ou cuidadores; 2-exame psiquiátrico minucioso; 3-exame clínico geral; 4-avaliação neurológica; 5-identificação de efeitos adversos de medicamentos; 6-exames laboratoriais e de neuroimagem.

Tais etapas são de suma importância para o diagnóstico da depressão, para intervenção psicofarmacológica e no prognóstico. Em virtude da maior prevalência de morbidades e riscos de mortes como salienta Costa (2002).

A sintomatologia da depressão é variada e compreende desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos e alterações das sensações corporais como as dores e os enjoos. De acordo com Kaplan et al (2000), para obter o diagnóstico diferencial é necessário observar os seguintes sintomas por mais de duas semanas: 1-humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; 2-interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; 3-perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dietas; 4-insônia ou hipersônia quase todos os dias; 5-agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; 6-Fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7-sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; 8-capacidade diminuída para pensar ou concentra-se, ou indecisão; 9-pensamentos recorrentes sobre mortes, indagação suicida.

Pode-se tratar de várias formas o quadro clínico depressivo com os farmacológicos, psicoterapias, eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana e estimulação do nervo vago (FREITAS, 2012).

Baldisserotio (2006) acredita que diferentes aplicações de psicoterapias resultam em um tratamento eficaz, por isso sugere a farmacoterapia, psicoterapia, eletroconvulsoterapia, terapia comportamental, terapia medicamentosa, aromaterapia, massagem, exercício físico, ioga, homeoterapia, hipnoterapia, terapia chinesa tradicional (acupuntura, reflexologia e outras), meditação e terapia nutricional.

Os tratamentos são utilizados de forma combinada para o melhor resultado, sendo o efeito terapêutico percebido somente após algumas semanas de tratamento, uma

vez que a pessoa apresenta uma melhora, o tratamento deve ser mantido por mais alguns meses, ou indefinidamente (ABP, 2011).

Não obstante, em meio a todas as alterações fisiológicas sofridas pelos idosos, que os tornam suscetíveis a diversas patologias, surge a instituição de longa permanência como única opção de moradia na finitude e também como fator de risco para a depressão.

3-DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.

A depressão é uma doença comum em idosos institucionalizados³, isto se deve ao fato da admissão numa instituição está relacionada com diversas perdas, entre as quais as perdas de funcionalidade, a saída do ambiente familiar, e a perda da autonomia figuram como as mais evidentes e significativas.

Tanto as perdas quanto os impactos causados pela admissão podem ser vivenciados de maneira diferenciada pelos idosos, pois os que viveram anteriormente em seus lares poderão sofrer os sintomas depressivos mais do que aqueles que vieram de outras instituições (ACHERBERG, et al. 2006).

A depressão é uma doença presente também na vida da população fora do contexto de institucionalização devido às doenças crônicas, solidão, viuvez e demências, muitas vezes não diagnosticada e não tratada (FROJDH, et al. 2003).

Afirma Freitas (2006) que a prevalência da depressão varia de acordo com os critérios utilizados e a metodologia de rastreamento, que às vezes não contemplam as especificidades dessa faixa etária.

Torna-se difícil distinguir a depressão de outros estados mentais, porque ela produz um déficit de memória que pode ser confundido com início de demência de acordo com Leandro et al (2011). Somando-se a isto, Hermolin et al (2008) defende a ideia que o referido déficit de memória inclui anormalidades envolvendo a sustentação da atenção, a função executiva, a velocidade psicomotora, o raciocínio não-verbal e novas aprendizagens.

³ Daqui em diante toda vez que nos referirmos a idosos estaremos tratando dos idosos que vivem em instituições de longa permanência.

Entretanto, a disfunção neurocomportamental associada ao transtorno depressivo depende da individualidade de cada um.

Segundo Azevedo (2006) a patologia pode ser classificada conforme se segue:

- Depressão atípica: presente em pacientes que apresentam ganho de peso e letargia extrema. Apesar de ir ao médico, os pacientes acreditam que nenhum deles consegue descobrir a causa de seus problemas;
- Depressão psicótica: associa-se a paranoia, delírios congruentes com humor, alucinações auditivas e visuais. É necessário fazer um tratamento rápido, pelo risco de suicídio;
- Depressão somatização: conhecida como depressão mascarada, caracteriza-se por queixas de dor não justificada fisicamente, perda da libido, anorexia, insônia;
- Distímia ou depressão menor: depressão crônica de humor que tem início de forma astuciosa, permanecendo pelo mínimo de 2 anos, onde o indivíduo dificilmente está contente, sente-se cansado e deprimido sem nenhum motivo aparente na maior parte do tempo. O indivíduo com distímia sempre está à busca de algo que não existe, necessitando que lhe mostrem que está fantasiando;
- Transtorno afetivo bipolar: em algumas ocasiões há elevação de humor e aumento de energia, e em outras há rebaixamento de humor e diminuição de energia. A duração do transtorno dura entre 2 semanas e 4 meses;
- Transtorno depressivo causado por outras doenças: pode ocorrer devido a condições médicas como hiper ou hipotireoidismo, tuberculose, câncer, AIDS, entre outras;
- Transtorno depressivo induzido por substâncias: depressões que vem de uso de substâncias químicas como sedativos e anticoncepcionais até álcool e cocaína.

Coutinho et al (2002) explica que as maiores taxas de depressão são observadas em idosos hospitalizados e em idosos asilado. Conforme o autor 23% dos idosos hospitalizados apresentam quadro depressivo e em 31% dos asilados é possível identificar os sintomas da patologia. Dos que vivem em instituições o autor salienta que 13% desenvolvem a doença. Já para Pinho et al (2009) a Incidência de depressão em idosos é de 13,23% em média.

Do ponto de vista epidemiológico Siqueira (2009) estima-se que 15% de idosos apresentam algum sintoma de depressão. Sendo que a frequência é mais elevada em pacientes hospitalizados variando de 5% a 13%, e de 12% a 16% em moradores de asilo.

Para Cherloni et al (2003) a alta prevalência de depressão em idosos justifica-se pelo fato dele ter que passar por um processo de adaptação. Segundo Silva (2009) as perdas inclusive do seio familiar seria a causa de maior índice de depressão em idoso institucionalizado.

Vaz & Gaspar (2011) defende a ideia que a própria institucionalização é o ponto inicial para se desenvolver uma síndrome depressiva. Andrade (2005) afirma que os problemas econômico-sociais, a exclusão e o preconceito levam o idoso a quadros de depressão. Avila & Bootino (2006) explica que o isolamento social pode justificar a alta prevalência de depressão em asilos.

Conforme Freitas (2012) o fato do idoso adentrar em um ambiente estranho e se ver obrigado a enfrentar uma nova rotina cercado de pessoas estranhas pode ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica.

Percebe-se que não há um consenso entre os autores acerca da causa que propicia alta prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Além dos aspectos psicossociais já citados, outros autores corroboram com possíveis causas.

Baptista et al (2006) defende que a depressão em idosos está relacionada a eventos desencadeantes, orgânicos e ambientais; Ávila & Bootino (2006) acredita que são vários os fatores que podem levar o idoso a ter depressão, mas destaca como mais frequência o sofrimento emocional e a dificuldade de manter a qualidade de vida; Pacheco

(2004) defende que a etiologia da depressão é multifatorial e pode estar associada a fatores genéticos; Netto (2002) destaca que a etiologia da depressão é complexa e ainda não foi elucidada por completo, mas acredita que múltiplos fatores como a hereditariedade, fatores psíquicos culturais etc. atuam em graus diferentes em idosos com predisposição genética.

Em resumo, não se pode afirmar que os lares dos idosos são os responsáveis pelo aparecimento de depressão, ou seja, se a mudança para um lugar novo propicia agravamento ou surgimento de um humor depressivo. Os estudos sugerem que os múltiplos fatores relacionados ao processo de institucionalização são em conjunto os responsáveis pelo surgimento da patologia, no entanto ainda são necessários estudos aplicados que possam correlacionar com elevado nível de segurança a relação entre depressão e institucionalização.

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Através da análise da literatura estudada percebe-se que a síndrome depressiva não ocorre de forma isolada, ela é acompanhada por condições, patologias e fatores biopsicossociais que interferem diretamente na funcionalidade e na qualidade de vida da população idosa.

As repercussões psicossociais decorrentes da institucionalização dos idosos são manifestadas através do corpo e da mente, e quando não superadas resultam em hospitalização e nos casos mais críticos em suicídio.

Embora muitas instituições de longa permanência estejam adaptando suas estruturas físicas e investindo em práticas humanizadoras através da atenção multidisciplinar, para muitos idosos o ambiente até então desconhecido torna-se ameaçador. Por marcar a separação dos entes queridos, dos vizinhos e até mesmo do seu antigo lar causando uma despersonalização de sua dinâmica social.

Nesse contexto a prevenção torna-se a principal aliada no combate à depressão em idosos. Sendo necessária a compreensão dos fatores de risco e da sintomatologia,

assim como a identificação das condições de saúde dos idosos, para que seja possível construir ações voltadas para a satisfação das necessidades dessa demanda.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Falando sobre depressão. 2011.** Disponível em: http://www.abpcomunidade.org.br/vida_melhor/folders/arquivos/ABP.COM_Folder_depressão_FINA.PDF. Acesso em 23 de março de 2014.
- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos.** Campinas: Alínea, 2004. P. 149.
- AVILA, RENATA and BOOTINO, Cássio machado de Campos. Rev. Bras. psiquiatr [olaine]. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. 2006, vol.28, n.4. pp./S1516-44462
- AZEVEDO, Rubens Barros de. **Estresse e depressão: aprenda a enfrentar os dois grandes males do mundo atual.** São Bernardo do Campo Grande-SP: Grupo Saúde e Vida, 2006.
- ANDRADE A.C. A *et al.* **Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005.
- ACHTERBERG, W., POT, A., KERKSTRA, A., RIBBE, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12),1156-1162.
- BATISTONI, Samela Sther Tavares; NERI, Anita Liberalesso and CUPERTINO, Ana Paula F. **Validade da escala depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros.** *Bretas. Rev. Saúde pública [online]*. 2007, vol.41, n.4, pp.598-605. ISSN0034-8910.
- BAPTISTA, Makelim Nunes ;MORAIS ,Paulo Rogério; RODRIGUES, Tatiana de e Silva, Janice. **Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos.** *Ap. da Costa. Aval .psicol.[oline]*.2006vol.5,n.1,pp.77-85.ISSN.2175-3431
- BALDISSEROTTO, Gabriela. **Referências Rápidas as diretrizes para o tratamento de transtorno psiquiátrico: Compêndio.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p.328.
- COSTA, Elisabeth Maria Sene. **Gerontodrama: a velhice em cena.** São Paulo. Ágora. 2002. P. 26, 33,39.
- COUTINHO MPL, GONTIÈS B, ARAÚJO LF, SÁ RCN. **Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos.** *Psico-USF jul/dez 2002.*
- CHERLONI CFP, PINHEIRO FLS, FILHO MC, MEDEIROS AL. **Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage).** *Expressão jan/dez 2003*

FREITAS, E.V et al. **Manual pratico de Geriatria**.1ed.Rio de Janeiro: A.C Farmaceutica,2012.

FREITAS, E.V et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2006. e farmacologia .São Paulo:Lemos;

FROJDH, K., HAKANSSON, A., KARLSSON, I., MOLARIUS, A. (2003). Deceased, disabled or depressões – a population – based 6 year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,(38),557-562.

HERMOLIN, Márcia et al. **Alterações NeuroPsicologicas**.Publicado em:2008. Disponível em: <http://www.joiville.com.br/idex.php>. Option. Acesso em 27de março de 2014.

JARDIM; Silva: **Depressão e trabalho ruptura de laço social**. Ver. Bras. Saúde ocup. São Paulo, 36 (123): 84-92, 2011.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LIMA, Mauricio Silva D. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras. Psiquiatr.* [online].2008,vol.21,suppl,pp.01-05.ISSN1516-4446.

LEANDRO, Rubens Silva et al. Intervenção terapêutica ocupacional na depressão em idosos: um fator indicativo para alterações cognitivas. Publicado em: 2011. Disponível em: <http://www.cbtooclato2011.com.br/cd/resumos/TC0435-3.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2016.

NETTO, Papaléo M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L; NERI, A.L; GONGADO, F.A. X;

OMS. 2002. Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. (M.d. Saúde, ed.) Lisboa: Direção – Geral da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.org.br.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2016.

PACHECO, J.L. Educação, trabalho e envelhecimento: Estudo das histórias de vida dos trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria. Tese de doutorado- Educação/Gerontologia. UNICAMP, Campinas,SP,2004.

PINHO; Miriam Xemenes. et al :**Prevalência de depressão em idosos residentes na comunidade** : revisão literatura . São Paulo. Rev. Bras.. Geriatr. Gerontol, 2009; 12 (1): 123-14

SIQUEIRA; Gisela Rocha de.et al: **Análise da sintomologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG)**. Recife. Ciência e Saúde Coletiva, 14(1): 253-259,2009.

SILVA, José Vitor da – **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. ISBN 978-85-7614-059-7.

SANTIAGO, Anielli; HOLANDA, Adriano Furtado. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. Revista da Abordagem Gestáltica Studies, Curitiba-PR, v. 1, n. 19, p.38-50, 2013. Disponível em: . Acesso em: 05 mar. 2015.

STELLA F. *et al.* **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e Benefícios da Atividade Física.** Motriz set/dez 2002. SONENREICH , ESTEVÃO G, FRIEDRICH S, FILHO LMSAS. **A evolução histórica do conceito de depressão.** Revista ABP-APAL. 2008.

TEODORO; Wagner Garcia Luiz. **Depressão: Corpo Mente, e Alma.** 3. ed. Urbelândia-MG, 2009.

VAZ. Sérgio Felipe Alves e GASPAR, Numo Miguel Soares. **Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança.** Ver. Enf. Ref.[online]. 2011, vol.n.4, pp.49-56. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org>.

ANEXO

CADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP.

Disponível em : < <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=caderno%20terapia%20ocupacional%20usp> >.

DIRETRIZES PARA AUTORES:

1. Apresentação dos originais: Os originais deverão ser digitados em redator de texto apropriado com espaço 2, letra arial 11. Arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word. Os Artigos Originais devem conter no **máximo 30.000 caracteres sem espaço** incluindo recursos gráficos, referências. Artigo teórico, Relatos sobre Projetos e Experiências, Estudo de Caso, Artigo de Atualização, Ponto de Vista e revisão devem conter no máximo **21.300 caracteres sem espaço** incluindo recursos gráficos, referências.

Para pesquisas realizadas com seres humanos é **OBRIGATÓRIO anexar em documentos suplementares** o comprovante de aprovação no **COMITÊ de ÉTICA A REVISTA RESPEITA A RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.**

Os artigos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Além disso, os artigos em inglês de autores nacionais devem ser apresentados nas duas versões: inglês e português. No caso de aprovação, ambas serão publicadas.

2. Página de rosto: Deve constar: título do trabalho em português e versão em inglês; nome completo dos autores e identificação das instituições as quais os autores estão vinculados; referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto; referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização; endereço para correspondência.

3. Resumo/abstract: Os trabalhos devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês, com no máximo 1.200 caracteres (incluindo descritores/key words), em um único parágrafo e deve explicitar o: objeto, objetivos, procedimentos metodológicos, abordagem teórica e resultados do estudo e/ou principais conclusões. Indicar mínimo de três e máximo de seis Descritores/Keywords, que melhor descrevam o conteúdo do trabalho. Consultar "Descritores em Ciências da Saúde" (DECS) parte da metodologia LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe em da Saúde.(<http://decs.bvs.br/>)

4. Elementos gráficos: Devem ser anexados ao final do texto e em arquivo à parte em documentos suplementares, nomeados de acordo com a referência no texto. O trabalho deve conter no máximo **cinco** elementos gráficos (figura, tabela, gráfico e diagramas), **não sendo permitido aglutinar mais de um elemento gráfico sob um mesmo título.** O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas.

5. Estrutura do texto: O caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura dos trabalhos, sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal: **Introdução**; que deve contemplar a apresentação e/ou justificativa do trabalho, seu objetivo, sua relação com outras publicações, esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado e/ou apresentando a base teórica adotada; **Procedimentos Metodológicos**; que inclui a descrição dos procedimentos empreendidos para o desenvolvimento do trabalho, a caracterização do contexto da pesquisa e/ou da população estudada, o período de realização, o referencial teórico e/ou as técnicas escolhidas para a análise de dados e/ou discussão do tema proposto. **Resultados**; exposição objetiva do que foi observado em relação aos objetivos propostos, pode ser apoiado em gráficos e tabelas. **Discussão**; apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores e/ou dialogando com o referencial teórico adotado. **Conclusões**; são as considerações fundamentadas nos Resultados e Discussão.

Não é necessário que os textos sejam subdivididos em seções, mas é importante que sua estruturação contemple esses aspectos.

6. Referências: Organizadas em ordem de aparecimento no texto pelo último sobrenome do primeiro autor; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela "List of Journals Indexed in Index Medicus". A Revista sugere sejam utilizadas **até 25 referências**. URLs para as referências e DOI dos artigos devem ser informados, quando possível.

Para elaboração das referências observar as recomendações das **NORMAS DE VANCOUVER**

Livros e monografias:

Piaget J. Para onde vai a educação? 7a ed. Rio de Janeiro: J. Olimpio; 1980.

Koogan A, Houaiss A, editores. Enciclopédia e dicionário digital 98. São Paulo: Delta: Estadão; 1998. CD-Rom.

Alves C. Navio negreiro. [S.l.]: Virtual Books; 2000 [citado em 10 jan. 2002]. Disponível em: <http://www.terra.com.br/virtualbooks/freebook/port/Lport2/navionegreiro.htm>.

Capítulo de livro:

Karasov WH, Diamond JM. Adaptation of nutrition transport. In: Johnson LR. Physiology of gastrointestinal tract. 2a ed. New York: Raven Press; 1987. p. 189-97.

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Tratados e organizações ambientais em matéria de meio ambiente. In: São Paulo (Estado). Entendendo o meio ambiente. São Paulo; 1999. v.1 [citado em 8 mar. 1999]. Disponível em: <http://www.bdt.org.br/sma/entendendo/atual.htm>.

Morfologia dos artrópodes. In: Enciclopédia multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini; C1998. CD-Rom 9.

Artigos de periódicos:

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense "Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2002;13(3):127-34. colocar DOI do artigo.

Vieira CL, Lopes M. A queda do cometa. Neo Interativa, Rio de Janeiro. 1994(2). 1 CD-Rom. colocar DOI do artigo.

Silva MML. Crimes da era digital. Net, Rio de Janeiro, nov. 1998. Seção Ponto de Vista [citado em 28 nov. 1998]. Disponível em: <http://www.brazilnet.com.br/contexts/brasilrevistas.htm?> colocar DOI do artigo.

Lancman S, Mângia EF, Muramoto MT. Impact of conflict and violence on workers in a hospital emergency room. Work. 2013 May 15. [Epub ahead of print]. DOI 10.3233/WOR-131638

Teses:

Del Sant R. Propedêutica das síndromes catatônicas agudas [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

Eventos - Considerado no todo:

6º Congresso Brasileiro de Neurologia, Rio de Janeiro, 1984. Resumos. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Neurologia; 1974.

4º Congresso de Iniciação Científica da UFPe, Recife, 1996. Anais eletrônicos. Recife: UFPe; 1996 [citado em 21 jan. 1997]. Disponível em: <http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>.

Eventos - Considerado em parte:

Spalding E. Bibliografia da revolução federalista. In: 1o Congresso da História da Revolução. Curitiba, 1944. Anais... Curitiba: Governo do Estado do Paraná; 1944. p.295-300.

Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4o Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1998, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. Mesa-redonda. Disponível em: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>. Acesso em: 17 jan. 1999.

7. Indicação da fonte das citações:

As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:

citação textual, parte do texto é transcrito na íntegra

... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro (p. 50-1)³

citação livre, reproduz o conteúdo do documento original

Para Velho (p. 27)⁵ o indivíduo...

citação da fonte secundária (citação de citação)

O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser (Ortega y Gasset 2 apud⁸ p. 160).

citação referente a trabalhos de três ou mais autores

Souza et al.⁶ ... consultadas periodicamente (p. 7).

citações diretas no texto (mais de 3 linhas) - citações diretas, no texto, com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem aspas.

8. Notas de rodapé: Adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, fonte financiadora, endereço para correspondência e e-mail.

9. Agradecimentos: Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

10. Autoria e Indicação de Responsabilidade : As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. SM Silva trabalhou na concepção e na redação final e CM Assis, na pesquisa e na metodologia).

11. Check list final para submissão: Antes de submeter o artigo, recomendamos que o autor consulte o check list abaixo:

CHECK LIST PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

a) Número de Caracteres

Arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word

Artigos Originais: os trabalhos não devem ultrapassar 30.000 caracteres (sem espaço) incluindo recursos gráficos, referências.

Artigos de Revisão e Relatos de Experiência: os trabalhos não devem ultrapassar 21.3000 caracteres (sem espaço) incluindo recursos gráficos, referências.

Resumos: Português e Inglês 1.200 caracteres (sem espaço) incluindo Palavras chaves e Keywords.

Indicar mínimo de três e máximo de seis Descritores/Keywords

b) Autores: Cadastrar todos os autores no Portal da Revista no link do seu artigo

c) Página de rosto deve conter nesta ordem (e deve ser anexada na primeira página do arquivo de seu artigo):

Título em Português;

Título em Inglês;

Nome completo dos autores e identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;

Referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;

Referência à apresentação do trabalho em eventos (indicando nome do evento, local e data de realização);

Endereço para correspondência do autor principal;•

E-mail de todos os autores.

d) Elementos gráficos:

Até 5 (podem ser figuras, quadros, gráficos, tabelas) com seus respectivos títulos e legendas.

Não é permitido compilar dois ou mais recursos gráficos e contabilizá-los como um único. Devem vir ao final do texto e anexados separadamente em documentos suplementares.

e) Referências e Citações no texto:

Para citações no texto observar as normas da revista (Vancouver), ordem numérica de acordo com o aparecimento no texto. Para elaboração das Referências observar as recomendações das Normas de Vancouver, conforme diretrizes de autores disponíveis no site da revista.

A Revista sugere que sejam utilizadas até 25 referências.

URLs para as referências e DOI dos artigos foram informados quando possível.

f) Anexar no site (em documentos suplementares):

Declarações de cessão integral dos direitos autorais à Revista de Terapia Ocupacional da USP e de responsabilidade, de conflitos de interesse e de autoria do conteúdo do artigo (**conforme modelo disponível no item DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL**) assinadas por **TODOS** os autores;

Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (Parecer consubstanciado do CEP obtido no site da PlataformaBrasil)

Os artigos que não atenderem em um prazo máximo de 6 meses às solicitações de complementação da documentação de check list solicitada serão automaticamente arquivados

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

Número de Caracteres

Arquivo da submissão deve estar em formato Microsoft Word

Artigos Originais: os trabalhos não devem ultrapassar 30.000 caracteres (sem espaço) incluindo recursos gráficos, referências.

Artigos de Revisão e Relatos de Experiência: os trabalhos não devem ultrapassar 21.3000 caracteres (sem espaço) incluindo recursos gráficos, referências.

Resumos: Português e Inglês 1.200 caracteres (sem espaço) incluindo Palavras chaves e Keywords.

Indicar mínimo de três e máximo de seis Descritores/Keywords

Autores: Cadastrar todos os autores no Portal da Revista no link do seu artigo

Página de rosto deve conter nesta ordem (e deve ser anexada na primeira página do arquivo de seu artigo):

Título em Português;

Título em Inglês;

Nome completo dos autores e identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;

Referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;

Referência à apresentação do trabalho em eventos (indicando nome do evento, local e data de realização);

Endereço para correspondência do autor principal;•

E-mail de todos os autores.

Elementos gráficos:

Até 5 (podem ser figuras, quadros, gráficos, tabelas) com seus respectivos títulos e legendas.

Não é permitido compilar dois ou mais recursos gráficos e contabilizá-los como um único. Devem vir ao final do texto e anexados separadamente em documentos suplementares.

Referências e Citações no texto:

Para citações no texto observar as normas da revista (Vancouver), ordem numérica de acordo com o aparecimento no texto. Para elaboração das Referências observar as recomendações das Normas de Vancouver, conforme diretrizes de autores disponíveis no site da revista.

A Revista sugere que sejam utilizadas até 25 referências.

URLs para as referências e DOI dos artigos foram informadas quando possível.

Anexar no site (em documentos suplementares):

Declarações de cessão integral dos direitos autorais à Revista de Terapia Ocupacional da USP e de responsabilidade, de conflitos de interesse e de autoria do conteúdo do artigo (**conforme modelo disponível no item DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL**) assinadas por **TODOS** os autores;

Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (Parecer consubstanciado do CEP obtido no site da PlataformaBrasil)