

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Dayenne Jeneffer Souza da Silva¹
Mirian Celly Medeiros Miranda David²
Carlúcia Ithamar Fernandes Franco³

Resumo: Envelhecimento é um processo que envolve diversas alterações anatômicas e funcionais no organismo que resultam na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos. A atenção aos sintomas depressivos pelos profissionais da fisioterapia no cuidado a essa população é de fundamental importância uma vez que interfere no bem-estar biopsicossocial. Essa pesquisa teve como objetivo buscar na literatura quais são os sintomas depressivos encontrados em idosos e relacioná-los a sua influência no atendimento fisioterapêutico. O estudo trata-se de uma revisão narrativa, na qual foram realizadas buscas nas bases de dados *PubMed*, *LILACS*, *Cochrane* e *MEDLINE* durante o período entre abril e maio de 2019. Foram incluídos artigos que apresentaram amostra de idosos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos os estudos de revisão; artigos que não abordem o tema, estivessem repetidos; resumos ou anais de congressos. A busca resultou no total de 336 artigos, destes, foram selecionados 20 artigos. Os estudos encontrados mostraram a relação entre os aspectos sociais, o ambiente e as minorias como determinante na saúde do idoso, bem como a influência dos sintomas depressivos na somatização da dor, o agravamento do risco de quedas, o surgimento de doenças crônicas e no tratamento fisioterapêutico. Sugere-se que há necessidade do fisioterapeuta de entender que o paciente deve ser visto no

- 1 Fisioterapeuta pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB e Mestranda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, dayenne.jeneffer@hotmail.com;
- 2 Fisioterapeuta pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, miriancelly@hotmail.com;
- 3 Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, cithamar@yahoo.com.br;

âmbito Biopsicossocial, assim como, assumir de forma efetiva a complexidade do comportamento na sua reabilitação, devendo compreender a importância do redirecionamento dinâmico em sua conduta, procurando atender as necessidades do idoso.

Palavras-chave: Fisioterapia, Saúde mental, Depressão, Idosos.

Introdução

O Envelhecimento é um processo que envolve alterações anatômicas e funcionais no organismo como a perda da visão, audição e o declínio da capacidade cognitiva. Tais alterações resultam na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida no idoso, ameaçando a sua independência, dificultando a execução das atividades cotidianas, o que por sua vez pode levar à frustração, baixa autoestima, reclusão e isolamento social. Além de alterar os hábitos de vida, em especial, a saúde física e mental (LIMA et al., 2016; OPAS, 2005; OLIVEIRA et al., 2017).

Associado ao envelhecimento, fatores como incapacidades físicas, problemas financeiros, falta de companhia associada ao medo, perda de laços afetivos e conjugais pode levar à depressão e maior dependência física e/ou psicossocial. Existe também a falta de empoderamento desse idoso ao assumir as adaptações oriundas da velhice e o pouco incentivo da sociedade em lhe encorajar a fazer novos projetos de vida. Bem como, o culto a superproteção lhe faz sentir, na maioria das vezes, marginalizados, inúteis e improdutivos para familiares e amigos (PENNA; DO ESPÍRITO SANTO, 2006).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018) ressaltou que um terço do número total de incapacidades nas Américas é oriundo de transtornos mentais. Apesar desse cenário, o investimento à saúde mental representa, em média, 2% do orçamento de saúde do país e boa parte desse valor é destinado a hospitais psiquiátricos, o que contraria as recomendações da OPAS e da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual solicitaram a implantação de serviços integrados que são mais custo-efetivos facilitando a busca e a acessibilidade ao tratamento para todas as faixas etárias.

A depressão é uma condição com curso crônico e recorrente que leva a incapacidades funcionais e sobrecarrega nos serviços de saúde, sendo subdiagnosticada e subtratada em cuidados primários (FLECK et al., 2009). Resulta da interação complexa de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Seu diagnóstico, assim como outras condições de saúde mental, está em ascensão no mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com essa condição (OPAS, 2018).

Segundo Del Porto (1999) a depressão pode manifestar-se através de vários quadros clínicos que envolvem desde transtorno pós-traumático, demências e doenças clínicas; ou por meio de respostas a situações estressantes e adversas de caráter social ou econômico. Sua sintomatologia pode

anunciar-se por meio de alterações psíquicas como o humor depressivo, redução do prazer, fadiga, diminuição de pensamentos, concentração e tomada de decisões. Também é capaz de modular a rotina do sono, do apetite, reduzir a libido sexual, e modificar o comportamento causando retraimento social, crises de choro, atitudes suicidas e oscilações psicomotoras.

Gusmão (2005) descreveu a depressão como doença homogênea, clinicamente polimorfa e etiologicamente heterogênea, de curso dinâmico e mutável, cuja distribuição é caracterizada através das diferentes formas fenotípicas que fazem fronteira com as reações emocionais adaptativas normais, divergindo pela gravidade dos sintomas e o comprometimento funcional que geram. Dois sistemas nosológicos universais são comumente usados para investigação clínica: a *International Classification of Diseases, 10ª versão (ICD-10)* e o *World Health Organization (WHO)* e a *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição (DSM-IV)* da *American Psychiatric Association (APA)*.

Da mesma forma, destacou que a depressão integra o grupo das perturbações do humor. Sendo os mais conhecidos os sintomas depressivo maior e depressivo menor, cuja caracterização, através da CID-10, é realizada pela quantidade de marcadores de gravidade, na qual envolve a existência de um conjunto de pelo menos quatro sintomas agregados em oito para a depressão maior e a presença de pelo menos dois sintomas em oito para a depressão menor com duração mínima desses sintomas por duas semanas e à presença de pelo menos dois sintomas nucleares e de mais dois sintomas acessórios (Figura 1).

Figura 1: Episódio depressivo, critérios adaptados da CID-10.

Sintomas Nucleares

1. Humor depressivo
2. Diminuição Marcada do interesse ou prazer
3. Diminuição de energia ou aumento da fadigabilidade

Sintomas Acessórios

4. Perda de confiança ou de auto-estima
5. Sentimentos de culpa inapropriada
6. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio
7. Diminuição da capacidade de concentração
8. Lentificação ou agitação psicomotora
9. Insônia ou hipersônia
10. Ganho ou perda de apetite e peso (>5%) num mês

Fonte: GUSMÃO (2005. p. 17, com adaptações).

Os sintomas de um episódio depressivo maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semana, pode ser precedido por indícios de ansiedade e depressão leve, perdurando por semanas a meses, antes do início do episódio depressivo maior completo. Está associado diretamente à experiência cultural vivenciada por cada indivíduo. No idoso, as principais manifestações encontradas são de origem cognitiva, por exemplo, desorientação, perda de memória e dificuldade de concentração, o que na maioria das vezes torna difícil o diagnóstico, uma vez que apresenta similaridade com tipos de demência (APA, 1994).

Na depressão maior há uma ativação das respostas imuno inflamatórias, mediadas pela produção de citocinas pró-inflamatórias, aumento de seus receptores e elevação na concentração plasmática de proteínas de fase aguda, na qual funcionam como neuromoduladores, mediando os aspectos neuroquímicos, neuroendócrinos e comportamentais dos transtornos depressivos (VISMARI et al., 2008).

Rozenhal et al. (2004) verificaram alterações significativas em várias regiões cerebrais e conexões nas áreas associativas em pacientes deprimidos, principalmente no córtex pré-frontal, reduzindo a atividade metabólica desse território. Por outro lado, aumento da síntese de glicose na região límbica, com ênfase na amígdala. Esse hipermetabolismo da amígdala atuaria como um catalisador emocional. Da mesma forma, as perturbações cognitivas também estão associadas ao estado depressivo, reduzindo capacidades tais como: atenção, memória, velocidade de processamento, função executiva e tomada de decisão.

O estresse psicológico precede as alterações do humor e pode induzir falhas permanentes no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal superestimando a depressão. O hipocampo, por sua vez, também é vulnerável a essas alterações, uma vez que, sofre os mecanismos de neurotoxicidade induzido pelo estresse, devido a sua localização e interação com múltiplas vias que regulam a resposta a esses episódios. (LAGE et al., 2011).

No idoso, a depressão é caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento, os quais se configuram dentro de um conjunto de componentes variados onde atuam sobre os fatores genéticos, luto e abandono, doenças incapacitantes, entre outros. Ressaltando o histórico de perdas progressivas, diminuição da qualidade de vida, isolamento social, surgimento de doenças clínicas crônicas, frustração perante os anseios da vida, aposentadoria mínima e recursos de sobrevivência limitados (STELLA et al., 2002).

A identificação da depressão geriátrica é constantemente negligenciada por ser confundida como consequência normal do envelhecimento, onde a maioria das queixas não são autorrelatadas, entretanto, as queixas somáticas inespecíficas podem mascarar o diagnóstico de depressão. As condições mais identificadas estão associadas à prevalência do sexo feminino, idade, viuvez, baixa escolaridade e renda, presença de eventos estressores, baixo suporte social, presença de déficits cognitivos, doenças físicas agudas/crônicas e dores. (PINHO et al., 2009).

Em estudo de revisão, cerca de 52% de idosos depressivos chegavam ao serviço de saúde pela emergência, em sua maioria do sexo feminino predominantemente da cor branca e com idade acima de 74 anos (FERREIRA et al., 2012). O que chama atenção para a importância do acompanhamento e da assistência multiprofissional desses idosos, bem como para necessidade de descentralização de profissionais para voltar à atenção aos cuidados na promoção de saúde na atenção primária.

Wells et al. (2013) defendem um modelo colaborativo entre uma rede de assistência técnica individual e de extensão para idosos nos programas de prevenção da depressão nos setores de serviço de saúde com ênfase principal no ambiente onde o mesmo está inserido, cujo objetivo visava melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de provável transtorno depressivo, hospitalizações, com mudança do ambulatório para setores alternativos.

O fisioterapeuta, sob a Resolução nº 476, de 20 de dezembro de 2016, reconheceu a especialidade em gerontologia. Dando-lhe atribuições de forma ativa em todos os contextos de atenção à saúde do idoso como a intervenção fisioterapêutica/cinesiológico-funcional e prescrição de exames complementares. Bem como, a execução de medidas de prevenção, redução de risco, promoção de saúde, prevenção de doenças/agravs próprios do processo de envelhecimento, buscando o estado de máxima funcionalidade para esse indivíduo (CREFITO-3, 2017).

Rodrigues *et al.* (2013) relataram que as atribuições do fisioterapeuta estão voltadas principalmente nas áreas curativas e reabilitadoras. Em contrapartida, destaca que o mesmo tem a capacidade de planejar, implantar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma visão integral em todas as fases da vida do indivíduo, principalmente na saúde do idoso, atuando de forma integrada à equipe multidisciplinar; bem como, sua relevância no trabalho com a prevenção e a promoção de saúde a grupos não saudáveis e saudáveis.

Da mesma forma, nos cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos junto à equipe multidisciplinar, têm a responsabilidade de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida. Através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação precisa e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, seguindo o fundamento da OMS (2007).

A atenção dos profissionais da fisioterapia aos sinais depressivos no cuidado ao idoso, com idade igual ou superior a 60 anos é de fundamental importância, uma vez que, os sintomas refletem nas emoções, sentimentos e comportamento desse indivíduo em meio à sociedade, podendo interferir no bem-estar biopsicossocial dessa população e no maior uso dos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2003). O objetivo dessa pesquisa foi buscar na literatura quais são os sintomas depressivos encontrados em idosos e relacioná-los a sua influência no atendimento fisioterapêutico.

Metodologia

O estudo trata-se de uma revisão narrativa, na qual foram realizadas buscas nas bases de dados *PubMed*, *LILACS*, *Cochrane* e *MEDLINE* durante o período compreendido entre abril e maio de 2019. Foram usados os descritores: *Physical Therapy Specialty*, *Aged* e *Depression* (DeCS). Não houve restrição de idioma ou ano, bem como o tipo de metodologia empregada nos artigos encontrados. Foram incluídos artigos que apresentaram amostra de idosos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos os estudos de revisão (integrativa, sistemática e meta-análise); que não abordagem o tema, repetidos e resumos ou anais de congressos.

Quadro 1: Análise das Estratégias de Busca de Artigos.

Base de dados	Equação de busca	Total
<i>Pubmed</i>	<i>(Aged and Depression) and (Depression and Physical Therapy Specialty) and (Physical Therapy Specialty and aged)</i>	64
<i>Cochrane</i>	<i>(Aged and Depression) and (Depression and Physical Therapy Specialty) and (Physical Therapy Specialty and aged)</i>	99
<i>LILACS</i>	<i>Aged and Depression and Physical Therapy Specialty</i>	97
<i>MEDLINE</i>	<i>Ag\$ and Depression and Physical Therapy Specialty</i>	76

Fonte: Dados da Pesquisa.

Resultados e discussão

A busca resultou no total de 336 artigos (Quadro 1) que após análise foram selecionados 20 artigos. As informações obtidas dos artigos foram agrupadas nos seguintes tópicos: ASPECTOS SOCIAIS E O AMBIENTE COMO DETERMINANTES DA SAÚDE; A SAÚDE DO IDOSO E O OLHAR PARA AS MINORIAS; DOR, QUEDAS E O AGRAVAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS; FISIOTERAPIA E AS ALTERNATIVAS PARA O CONTROLE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS.

Aspectos sociais e o ambiente como determinantes da saúde

Os transtornos depressivos e incapacitantes são comuns e mais graves em idosos do que em jovens (VAN ORDEN et al., 2015). Os sintomas depressivos menores são vistos como transitórios ou mais complacentes em comparação aos transtornos depressivos maiores (ALLEN et al., 2004). Além dos fatores neuropsicológicos e anatômicos que ocorrem durante o envelhecimento, a depressão também está associada ao ambiente e ao estilo de vida adotado (MORAES et al., 2011). Existe uma diferença no índice de depressão de maior gravidade, tal como maiores chances de desenvolver doenças crônicas em idosos institucionalizados e hospitalizados em comparação aos não institucionalizados (TRINDADE et al., 2013). Do mesmo modo em que idosos mais longevos têm sintomas depressivos mais acentuados do que idosos mais novos (CIECHABOWSKI et al., 2000; TIAN et al., 2012).

Aspectos sociais podem contribuir com o surgimento de sintomas depressivos em idosos, como falta de saúde física, déficits variados ou o surgimento de novas doenças físicas durante o processo de envelhecimento, ausência de apoio social, eventos emocionais estressantes como aposentadoria, morte do cônjuge, mudanças nos arranjos familiares e dificuldades financeiras (TITAN et al., 2012). O sentimento de frustração perante os anseios da vida não realizados, histórico do sujeito, perdas progressivas de laços afetivos ou da capacidade de trabalho são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o desenvolvimento da depressão (PRATA et al., 2011).

Há uma associação significativa entre o humor e o declínio das atividades de vida diária (ABVDs) em idosos que vivem em comunidade, na qual permaneceu significativa mesmo ao controlar outras variáveis como a diminuição da atividade física, redução da interação social e cronicidade do

transtorno de humor. Tanto quanto, os sintomas depressivos menores também afetam diariamente os residentes mais idosos, devido à menor independência e autonomia, resultando em uma qualidade de vida consideravelmente pior (ALLEN et al., 2004).

Foi identificada uma relação relevante entre a gravidade e a apresentação da inicial da depressão e a resistência à recuperação da função em longo prazo em idosos sob cuidados primários, bem como maior número de doenças físicas, diminuição da capacidade funcional e menor apoio familiar. Contudo, foi sugerido o fornecimento de apoio social e da religiosidade para dar maior estímulo e engajamento em atividades comunitárias a esses indivíduos como possíveis alvos para intervenções preventivas e de tratamento (VAN ORDEN et al., 2015).

A saúde do idoso e o olhar para as minorias

A prática de cuidados primários é a de maior viabilidade para melhorar a identificação e o tratamento da depressão nos domínios físicos, mentais e sociais (MAVANDADI et al., 2007). Entretanto, indivíduos de minorias raciais e étnicas experimentam disparidades de serviços e ficam aquém do acesso aos cuidados básicos da saúde (COSTANTINO et al., 2009). A posição socioeconômica e o acesso a saúde estão intimamente relacionadas (OPAS, 2005). Idosos marginalizados tem resposta negativa ou pobre ao tratamento farmacológico com antidepressivo e a psicoterapia. Contudo, melhorar o acesso aos serviços de saúde na atenção primária é necessário, porém não é o suficiente (AREAN et al., 2008).

As mulheres vivem mais do que os homens e muitas possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado. Além disso, as mulheres idosas que vivem sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social. (OPAS, 2005). O sofrimento não tem caráter apenas mental, mas também de cunho financeiro, necessidade de cuidados não atendidos e do difícil acesso a eles (GRUDZEN et al., 2010). As minorias têm acesso substancial aos cuidados voltados a saúde mental que é acentuada pelo estigma e a desconfiança nos serviços formais, pelas restrições financeiras, falta de transporte público e a baixa disponibilidade de serviços culturalmente competentes (AREAN et al., 2008). Quanto menor o nível econômico e educacional maior é a vulnerabilidade a transtornos mentais e ao uso frequente dos serviços médicos em geral (SAMBAMOORTHI et al., 2003). Por consequência,

não são tratados, em sua maioria, em unidades especiais de saúde mental e sim, em ambientes de atenção primária (TIAN et al., 2012).

Idosos negros apresentam maior risco de depressão por sofrerem com estresses sociais incluindo a pobreza, baixa escolaridade, exposição à violência e a descriminalização (HALL et al., 2015). Pessoas com nível universitário ou com escolaridade acima da média, se comparadas aquelas com baixos níveis de escolaridade tem impacto significativamente negativo na utilização dos serviços de emergência e de regressão ao tratamento (TIAN et al., 2012). Contudo, idosos brancos, solteiros e analfabetos são menos dispostos a participar de atividades integrativas e dinâmicas (SARTÓRI et al., 2017). Pessoas brancas têm maior probabilidade do que pessoas não brancas a serem diagnosticadas com depressão e fazerem uso de tratamento farmacológico. Da mesma forma, a baixa renda foi congruente com o baixo uso do tratamento com antidepressivos (SAMBAMOORTHI et al., 2003). Também foi verificado que pacientes deprimido têm maior relutância no controle medicamentoso em comparação aos não deprimidos, porém faz uso constante de serviços de saúde (CIECHANOWSKI et al., 2000).

Quando a depressão não é adequadamente diagnosticada e tratada a tempo, os idosos utilizam quantidades crescentes de serviços de saúde por causa do desconforto físico (TIAN et al., 2012). Assim como, quanto mais pobres e com níveis baixos de educação, maior é a demanda ao recebimento de saúde mental e outros serviços médicos em geral (SAMBAMOORTHI et al., 2003).

Costantino et al. (2009) discutiram a necessidade de adaptar a terapia clínica convencional e aliá-la à terapia cultural de cada indivíduo, diminuindo as disparidades e aumentando os relacionamentos profissionais, com a finalidade de diminuir a gravidade da depressão e promover a redução das disparidades em saúde entre os grupos de minorias. Semelhantemente, Arean et al. (2008) integraram o modelo integrado de cuidados a maior proximidade à atenção primária e a consolidação da confiança e familiaridade entre terapeuta e paciente.

Dor, quedas e o agravamento das doenças crônicas.

A maioria dos episódios de dor lombar ocorre espontaneamente nas atividades do cotidiano. Sua etiologia é multifatorial e possui interação intrínseca com o indivíduo, fatores sociodemográficos e comportamentais. No

idoso, é frequentemente ligada com prejuízos nas funções do corpo, limitações nas atividades do cotidiano como o autocuidado e a realização das tarefas domésticas, bem como na restrição de sua participação em eventos sociais. A dor lombar é uma condição bidirecional, na qual pode estar relacionada aos sintomas depressivos ou os sintomas depressivos podem levar a dor lombar. (FIGUEIREDO et al., 2013).

PRATA et al. (2011) realizaram conexão significativa entre a depressão e a interferência do ambiente, a adulteração no nível de atenção, redução do comprimento da passada, diminuição da confiança, reclusão, inatividade e a perdas cognitivas, predispondo ao aumento da frequência de quedas. Edmond et al. (2010) identificaram a tendência a somatização da dor lombar e incapacidade em pacientes com risco intermediário e alto para a depressão se comparados com indivíduos que possuíam baixo risco, bem como a centralização da dor na diminuição do efeito da depressão e da somatização e da incapacidade funcional. No entanto, é necessário examinar o sofrimento psíquico para guiar as estimativas de prognóstico.

Mavandadi et al. (2007) apontaram evidências que sugerem a dor crônica como um preditor da depressão por interferir nas ABVDs, nas interações sociais e no bem estar psicológico. Além de comparar o papel da dor e sua experiência, direto ou indiretamente, com o aumento da angústia e sintomas depressivos, diminuindo a chances de melhora dos sintomas depressivos.

Doenças crônicas são as principais causas de morte. Há uma alta prevalência entre a dor e o sofrimento mental, físico, psicossocial e financeiro em doentes com cuidados paliativos (GRUDZEN et al., 2010). 80% dos idosos com 60 anos que cometeram suicídio tiveram doenças graves ou terminal e 24% tiveram histórico de tratamento psiquiátrico fortemente ligado à depressão (TSANG et al., 2003). A superestimação do quadro clínico pode estar associada a influências de distúrbios cognitivos comportamentais como a ansiedade e a depressão (FIGUEIREDO et al., 2013). Sintomas depressivos são transversalmente associados com o declínio cognitivo e a outros fatores como o luto, comorbidades físicas e incapacidades (LOBO et al., 2012). A queda pode representar incapacidades, perda da função, levar à síndrome da imobilidade e a morte. Além de trazer prejuízo físico e psicológico, vindo a aumentar o custo social, sendo necessária a avaliação e a intervenção multifatorial do risco de queda (PRATA et al., 2011; LEE et al., 2013).

Fisioterapia e as alternativas para o controle dos sintomas depressivos.

À medida que a população envelhece as visitas ao pronto socorro aumentam, assim como o número de doenças graves e complexas (GRUDZEN et al., 2010). Apesar do aumento do número de diagnósticos da depressão em pacientes idosos, a prescrição da terapia medicamentosa é realizada, na maioria, por profissionais não especializados e a remissão a psicoterapia permaneceu estável em comparação ao período entre 1992 - 1997 (SAMBAMOORTHY et al., 2003).

A natureza da intervenção terapêutica durante a fisioterapia pode mascarar os distúrbios cognitivos e afetivos, levando o paciente a se concentrar nos sintomas físicos presentes durante a terapia. Além dos instrumentos de avaliação como avaliação cognitiva e mensuração da depressão geriátrica, observa-se pouca sensibilidade à detecção dos distúrbios de humor e afetivos. No entanto, reduzida ou ausência de atenção é dada ao estado mental dos pacientes pelos fisioterapeutas, subestimando a prevalência dos transtornos de humor durante a conduta (RUCHINSKAS et al., 2002).

Overmeer et al. (2011) relataram sobre a necessidade de programas educacionais sob a perspectiva do aspecto biopsicossocial do indivíduo, com finalidade de mudar atitudes clínicas e crenças substancialmente orientadas biomedicamente que influenciam no raciocínio clínico. Entretanto, os pequenos programas educacionais não ajudaram a mudar o comportamento clínico em longo prazo por terem caráter generalista. Tal como, não foi identificado mudanças nas atitudes e crenças nos fisioterapeutas em pacientes com baixo risco de desenvolver dor e incapacidades.

Ciechanowski et al. (2000) sugeriram que modelos de atenção colaborativa sejam reforçados principalmente na atenção primária. Contudo, apesar de não terem efeito de compensação de custos, são mais rentáveis e possuem taxa de resposta de 40%. Van Orden *et al.* (2015) ressaltaram que a terapia de resolução de problemas (TRP) inserida do modelo da atenção colaborativa deve ser considerada como meio de ajudar os idosos a abordar uma série de fatores que contribuem para a depressão, tais como, comprometimento funcional, falta de apoio social e familiar, conflitos familiares e dor física.

TSANG et al. (2003) defenderam a prática regular de exercícios físicos devido aos benefícios alcançados por ele como a elevação do humor, melhora na qualidade do sono e da saúde geral, aumento da tolerância a atividade,

nos contatos sociais e na autoestima, além dos ganhos funcionais como a melhora na amplitude de movimento, mobilidade e nas funções sistêmicas. Entretanto, para Moraes et al. (2011), o nível de desempenho cognitivo durante a prática da atividade física pode estar associado a intensidade e duração do exercício, em que cargas moderadas induzem benefícios na cognição, enquanto altas cargas promovem resultados negativos ao treino. Como alternativa, Sartóri et al. (2017) ressaltaram a terapia de dupla tarefa como alternativa para prevenir ou retardar as mudanças e incapacidades durante o processo de envelhecimento.

A terapia em grupo é outro modelo de terapia capaz de fornecer um formato estruturado, atendem demandas de maior número de pacientes atendidos por sessão; promovendo aumento da inteiração, do apoio social, do bem-estar subjetivo e melhora da cognição e do comportamento, possibilitando a inserção de uma rotina no tratamento e no uso de estratégias de controle (LOBO et al., 2012).

Considerações finais

Diante do contexto, os sintomas depressivos, as alterações de humor e de comportamento emocional precisam ser identificadas e observadas durante a sessão fisioterapêutica, uma vez que, o indivíduo sofre influências do ambiente e do cenário sociocultural, também pode ter respostas adversas à proposta terapêutica. O relacionamento entre o terapeuta e paciente deve ser capaz de ultrapassar as barreiras limitantes e restritivas de formalidades, para que ele possa adquirir habilidades e ser capaz de gerar novas hipóteses de tratamento e preservando sempre o respeito às crenças e rituais religiosos.

Outro aspecto que deve ser observado, não somente no ambiente da atenção primária, o manejo da dor física em pacientes idosos, visto que ela traz consigo uma carga emocional implícita que, em longo prazo, pode gerar restrições nas ABVD, perda de autonomia, restrição social, aumento do risco de quedas e conseqüentemente, o surgimento de sintomas depressivos. Esses sintomas depressivos podem não só interferir na recuperação de um episódio de dor aguda como podem intensificá-la, bem como é capaz de interferir no prognóstico fisioterapêutico.

Portanto, é possível sugerir que o fisioterapeuta deve atuar de forma a atender o idoso no âmbito Biopsicossocial, preparando-se para adotar postura com visão ampla e holística no tratamento, concentrando as estratégias

não somente no campo da reabilitação, como também nas áreas de promoção e prevenção da saúde. Bem como, há necessidade de incorporar nos ensaios clínicos os fatores psicológicos e emocionais a fim de elucidar sua participação no processo do adoecimento.

Referências

ALLEN, Bradley P. et al. Minor depression and rehabilitation outcome for older adults in subacute care. **The journal of behavioral health services & research**, v. 31, n. 2, p. 189-198, 2004

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.

AREÁN, Patricia A. et al. Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. **International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences**, v. 23, n. 10, p. 1086-1092, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – **Brasília: Editora do Ministério da Saúde**, 2007.

BRASIL. Transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas. **Nações Unidas Brasil**. 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/transtornos-mentais-sao-responsaveis-por-mais-de-um-terco-do-numero-total-de-incapacidades-nas-americas/>> Acesso em: 05 maio 2019.

CIECHANOWSKI, Paul S.; KATON, Wayne J.; RUSSO, Joan E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Archives of internal medicine**, v. 160, n. 21, p. 3278-3285, 2000.

COSTANTINO, Giuseppe; MALGADY, Robert G.; PRIMAVERA, Louis H. Congruence between culturally competent treatment and cultural needs of older Latinos. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 77, n. 5, p. 941, 2009.

CREFITO-3. RESOLUÇÃO Nº 476, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016. COFFITO reconhece a disciplina e especialidade profissional de Fisioterapia em Gerontologia. Disponível em: <]>. Acesso em: 10 maio 2019.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 06-11, 1999.

EDMOND, Susan L.; WERNEKE, Mark W.; HART, Dennis L. Association between centralization, depression, somatization, and disability among patients with nonspecific low back pain. **journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 40, n. 12, p. 801-810, 2010.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE / WORLD HEALTH ORGANIZATION; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Active aging and its relationship to functional independence. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira de et al. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 549-557, 2013.

FLECK, Marcelo P. et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S7-S17, 2009.

GRUDZEN, Corita R. et al. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, v. 17, n. 11, p. 1253-1257, 2010

GUSMÃO, Ricardo Duarte Miranda de. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e desquite das perturbações depressivas e tratamento. 2005.

HALL, Charles A. *et al.* Depression remission rates among older black and white adults: analyses from the IRL-GREY trial. **Psychiatric Services**, v. 66, n. 12, p. 1303-1311, 2015.

IBGE EDUCA. Conheça o Brasil – População. **PIRÂMIDE ETÁRIA**. 2017. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>> Acesso em: 05 maio 2019.

LAGE, Jorge Teixeira. Neurobiologia da depressão. **Faculdade de medicina universidade do porto**. 2011.

LEE, Hsuei-Chen et al. Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in community-dwelling older adults with risk of falls. **Archives of physical medicine and rehabilitation**. v. 94, n. 4, p. 606-615. e1, 2013.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 6, n. 2, p. 96-103, 2016.

LOBO, Beatriz de Oliveira Meneguelo et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012.

MAVANDADI, Shahrzad et al. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 2, p. 202-211, 2007.

MORAES, Helena et al. Effects of motor and cognitive dual-task performance in depressive elderly, healthy older adults, and healthy young individuals. **Dementia & neuropsychologia**, v. 5, n. 3, p. 198-202, 2011.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de et al. Investigation of the emotional and psychological factors of elderly persons frequenting ballroom dancing clubs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 797-804, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folha informativa – Depressão. OPAS Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095> Acesso em: 05 maio 2019.

OVERMEER, Thomas et al. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. **Physical therapy**, v. 91, n. 5, p. 804-819, 2011.

PENNA, Fabíola Braz; DO ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 1, 2006.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvladir; MAKDISSE, Marcia. Incidence of depression and associated factors among elderly community-dwelling people: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PRATA, Hugo Leonardo et al. Aging, depression and falls: a study with the participants of a falls prevention project. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 437-443, 2011.

RODRIGUES, Franciani; DE SOUZA, Priscila Soares; BITENCOURT, Lisiane Tuon Generoso. A fisioterapia na atenção primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, v. 1, n. 1, 2013.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Neuropsychological aspects of depression. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 2, p. 204-212, 2004.

RUCHINSKAS, Robert. Rehabilitation therapists' recognition of cognitive and mood disorders in geriatric patients. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 83, n. 5, p. 609-612, 2002.

SAMBAMOORTHY, Usha et al. Diffusion of new generation antidepressant treatment among elderly diagnosed with depression. **Medical Care**, p. 180-194, 2003.

SARTÓRI, Rafaela et al. Efeitos da intervenção motora com tarefa dupla na cognição e presença de depressão em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 4, 2017.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz. Journal of Physical Education. UNESP*, v. 8, n. 3, p. 90-98, 2002.

TIAN, Wei-Hua et al. The relationship between depressive symptoms and health service utilization for elderly people in Taiwan. **Health policy**. v. 108, n. 2-3, p. 256-267, 2012.

TRINDADE, Ana Paula Nassif Tondato da et al. Impact of cognitive decline in functional capacity in elderly institutionalized and non-institutionalized. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

TSANG, Hector WH et al. The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 18, n. 5, p. 441-449, 2003.

VAN ORDEN, Kimberly A. et al. Course of late-life depression in China is chronic and unremitting. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 409-415, 2015.

VISMARI, Luciana; ALVES, Glaucie Jussilane; PALERMO-NETO, João. **Depression, antidepressants and immune system: a new look to an old problem**. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, n. 5, p. 196-204, 2008.

WELLS, Kenneth B. et al. Community-partnered cluster-randomized comparative effectiveness trial of community engagement and planning or resources for services to address depression disparities. **Journal of general internal medicine**, v. 28, n. 10, p. 1268-1278, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd.ed. Geneva: WHO, 2002.