

Artigo original

Gallina K, Leite MT, Ilha S, Tisott ZL, Centenaro APFC.

Itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtorno depressivo e/ou de ansiedade.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250175.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250175.pt>

Itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtorno depressivo e/ou de ansiedade

Therapeutic itineraries experienced by older adults with depressive disorder and/or anxiety disorder

Itinerarios terapéuticos vividos por personas mayores que tienen trastorno depresivo y/o de ansiedad

Kaliandra Gallina^a <https://orcid.org/0000-0003-1460-7041>

Marinês Tambara Leite^b <https://orcid.org/0000-0003-3280-337X>

Silomar Ilha^b <https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

Zaira Letícia Tisott^c <https://orcid.org/0000-0001-9489-3951>

Alexa Pupiará Flores Coelho Centenaro^b <https://orcid.org/0000-0002-9117-5847>

^aSecretaria Municipal de Saúde de Maravilha, SC, Brasil.

^bUniversidade Federal de Santa Maria/campus Palmeira das Missões, Programa de Pós-Graduação em Saúde Ruralidade, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

^cUniversidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões(URI)/campus Santo Ângelo, RS, Brasil

Como citar este artigo:

Gallina K, Leite MT, Ilha S, Tisott ZL, Centenaro APFC. Itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtorno depressivo e/ou de ansiedade.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250175. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250175.pt>

RESUMO

Objetivo: conhecer os itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtornos depressivos e/ou de ansiedade.

Método: pesquisa qualitativa, da qual participaram 27 pessoas idosas com diagnóstico e/ou sintomas de depressão e/ou de ansiedade, vinculadas às Estratégias de Saúde da Família da área urbana de um município do noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A produção de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2024, por meio de entrevista. Foi utilizada a análise temática operativa, em que o referencial teórico de Itinerários Terapêuticos balizou a dedução de categorias.

Resultados: construíram-se três categorias dedutivas: subsistema popular (*folk sector*), que inclui família, comunidade e redes de apoio sociais; subsistema informal (*popular sector*), que consiste no

conhecimento popular; subsistema profissional (*professional sector*), representado por vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde. Destas, resultaram nove categorias indutivas.

Conclusão: o itinerário terapêutico das pessoas idosas com transtornos depressivos e/ou de ansiedade baseou-se majoritariamente em recursos naturais e populares. Alguns fatores contribuem para que as questões de saúde mental não sejam reconhecidas, diagnosticadas e tratadas. Destaca-se a ausência de acompanhamento da situação de saúde por parte da equipe, dificuldade no acesso ao serviço de saúde por condições clínicas, financeiras e de transporte e falta de acesso a serviço especializado.

Descritores: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Depressão; Ansiedade; Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Objective: to understand the therapeutic itineraries experienced by older adults with depressive and/or anxiety disorders.

Method: a qualitative study involving 27 older adults with a diagnosis and/or symptoms of depression and/or anxiety, linked to the Family Health Strategy units in the urban area of a municipality in northwestern Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected between August and September 2024 through interviews. Operative thematic analysis was used, grounded by the theoretical framework of Therapeutic Itineraries guided the deduction of categories.

Results: three deductive categories were constructed: the folk sector, which includes family, community, and social support networks; the popular sector, consisting of popular knowledge; and the professional sector, represented by the bond and interaction with healthcare services and professionals. From these, nine inductive categories emerged.

Conclusion: the therapeutic itinerary of older adults with depressive and/or anxiety disorders was predominantly based on natural and popular resources. Several factors contribute to mental health issues not being recognized, diagnosed, or treated. These include the lack of follow-up of health conditions by the healthcare team, difficulties in accessing health services due to clinical, financial, and transportation barriers, and limited access to specialized services.

Descriptors: Aged; Primary health care; Depression; Anxiety; Therapeutic itinerary.

RESUMEN

Objetivo: conocer los itinerarios terapéuticos vivenciados por personas mayores que tienen trastornos depresivos y/o de ansiedad.

Método: investigación cualitativa, en la que participaron 27 personas mayores con diagnóstico y/o síntomas de depresión y/o ansiedad, vinculadas a las Estrategias de Salud de la Familia del área urbana de un municipio del noroeste de Rio Grande do Sul, Brasil. La producción de datos se llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2024, mediante entrevistas. Se utilizó el análisis temático operativo, en el cual el marco teórico de los Itinerarios Terapéuticos guió la deducción de las categorías.

Resultados: se construyeron tres categorías deductivas: el subsistema popular (*folk sector*), que incluye a la familia, la comunidad y las redes de apoyo social; el subsistema informal (*popular sector*), que consiste en el conocimiento popular; y el subsistema profesional (*professional sector*), que abarca el vínculo y la interacción con los servicios y profesionales de la salud. De estas surgieron nueve categorías indutivas.

Conclusión: el itinerario terapéutico de las personas mayores con trastornos depresivos y/o de ansiedad se basó mayoritariamente en recursos naturales y populares. Algunos factores contribuyen a que las cuestiones de salud mental no sean reconocidas, diagnosticadas ni tratadas, destacándose la ausencia de seguimiento de la situación de salud por parte del equipo, las dificultades de acceso a los servicios de salud por condiciones clínicas, financieras y de transporte, y la falta de acceso a servicios especializados.

Descriptores: Persona mayor; Atención primaria de salud; Depresión; Ansiedad; Ruta terapéutica.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico das últimas décadas impulsionou o desenvolvimento na área da saúde, proporcionando melhor qualidade de vida (QV) e aumento na expectativa de vida da população, o que resulta em importantes transformações sociais, econômicas e de saúde^(1,2). Nas pessoas idosas (60 anos

ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos países desenvolvidos), ocorrem mudanças físicas, psíquicas, sociais e espirituais próprias do envelhecimento, as quais elevam o risco e a prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e contribuem para o adoecimento psíquico. No Brasil, a depressão é o transtorno psíquico mais comum em pessoas idosas, sendo que 31,74% das pessoas idosas com depressão também apresentam sintomas ansiosos que, quando não tratados, aumentam a morbimortalidade e impactam negativamente na QV, no agravamento de doenças preexistentes e na diminuição da independência e da autonomia⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, os transtornos depressivos e de ansiedade foram os mais frequentes entre os acometimentos de saúde mental na população em nível global e regional, e a maioria das pessoas acometidas não receberam nenhum tratamento. Estimativas indicam que o Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade⁽³⁾. Estudo verificou uma prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade igual a 20,95% e 21,90% entre pessoas que estavam na faixa etária de 60-79 anos e naqueles com idade igual ou superior a 80 anos o percentual foi de 35,90% e de 23,08%, respectivamente. No geral, a prevalência de sintomas depressivos nas pessoas idosas foi de 23,29% e de sintomas ansiosos de 22,09%⁽⁴⁾.

Diante de tal cenário, destaca-se a maior suscetibilidade das pessoas idosas para desenvolverem transtornos de depressão e/ou ansiedade. Pesquisa com o objetivo de identificar a associação entre isolamento social e sintomas depressivos e de ansiedade entre pessoas idosas em uma comunidade da China, observou que idade avançada, distúrbios do sono (que são comuns na terceira idade), sedentarismo, isolamento social, multimorbidades e maior número de doenças crônicas estavam significativamente associados à depressão e à ansiedade. Além do processo de viuvez, a morte de entes queridos e ser do sexo feminino são alguns fatores que contribuem para alterações na saúde mental⁽⁵⁾.

Outro estudo epidemiológico desenvolvido na Bahia/Brasil, identificou relação dos transtornos mentais em pessoas idosas com as condições socioeconômicas reduzidas, que expõem a maior vulnerabilidade social, além de estilo e hábitos de vida como fumar, ingestão de bebidas alcóolicas e não realizar atividade física⁽⁶⁾.

Conforme destaca um estudo de revisão, as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos estão presentes em um número reduzido de serviços e são implementadas de forma parcial, apesar de reconhecerem sua importância, as práticas permanecem centradas na assistência às doenças crônicas não transmissíveis. Ademais, a mesma pesquisa visou analisar as ações de promoção e proteção à saúde mental da pessoa idosa desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e demonstrou a contribuição das atividades em grupo, educação em saúde e ações de fortalecimento dos espaços de socialização na redução dos sintomas depressivos. Destacando a necessidade de ampliar essas intervenções de cuidados oferecidas ao idoso em sofrimento psíquico⁽⁷⁾.

Há de se destacar que os transtornos mentais entre as pessoas idosas são, muitas vezes, subreconhecidos, subnotificados e subtratados. O estigma que cerca estas condições podem fazer com que elas relutem em procurar ajuda. No entanto, alguns fatores podem dificultar a adesão ao tratamento eficaz dos transtornos psíquicos, como a má qualidade dos serviços, a falta de acesso à informação, a discriminação e, algumas vezes, a inacessibilidade⁽⁸⁾. Embora haja previsão de políticas públicas de atenção à saúde mental para a população no espaço da atenção primária, percebe-se a existência de

lacunas no cuidado dos transtornos depressivos e de ansiedade da pessoa idosa.

Neste contexto, na busca pela resolução de seus problemas de saúde, as pessoas transitam por Itinerários Terapêuticos (IT), compreendidos como os caminhos delineados e percorridos na busca pelo cuidado em saúde com ações baseadas em escolhas e decisões que possibilitam o compartilhamento de saberes e práticas populares, religiosas e científicas. Tais escolhas mobilizam diversos sistemas de atenção à saúde, associados à rede cultural dos indivíduos envolvidos⁽⁹⁾. O uso dos ITs possibilita uma compreensão eficaz da vivência do adoecimento e da busca do cuidado, além de considerar que o tratamento é influenciado pelo contexto individual, sociocultural e econômico. Ainda, permite compreender como os usuários se relacionam com os serviços de saúde, identificando barreiras e facilitadores no acesso e na integralidade do cuidado, possibilitando centrar as ações nas necessidades da população⁽¹⁰⁾.

Embora haja expansão da produção científica sobre o envelhecimento humano e os Itinerários Terapêuticos (IT) de pessoas idosas no tratamento de transtornos depressivos e/ou de ansiedade, ainda é necessário ampliar as investigações, uma vez que persistem lacunas na compreensão das trajetórias de cuidado, especialmente quanto à articulação entre serviços, à continuidade do acompanhamento e às barreiras de acesso. Tais transtornos impactam negativamente a qualidade de vida, e a busca por cuidado frequentemente é complexa, fragmentada e pouco resolutiva. Investigar essas trajetórias e as redes formais e informais permite identificar fragilidades na assistência e subsidiar melhorias nas práticas e políticas de saúde.

Salienta-se, ainda, que a temática em tela se encontra alinhada ao terceiro objetivo da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas - “Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos, em todas as idades”⁽¹¹⁾. Além disso, pesquisas que objetivem investigar a saúde da pessoa idosa são necessárias, sendo considerada como linha prioritária pela Agenda nacional de pesquisa no Brasil, no item 6 - “Saúde do idoso”, a qual destaca no subitem 6.1.3, a relevância de investigar os “Determinantes das condições de vida do idoso, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, nutricionais, físicos e psicossociais”⁽¹²⁾.

Frente ao exposto, questiona-se: quais são os itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtornos depressivos e/ou de ansiedade? Para responder o questionamento o estudo objetivou descrever os itinerários terapêuticos vivenciados por pessoas idosas que possuem transtornos depressivos e/ou de ansiedade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em nove Estratégias de Saúde da Família (ESF) da área urbana situadas em um município localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, Brasil. Para nortear a clareza e redação deste relatório utilizou-se o *checklist Consolidated criteria for reporting qualitative research®* (COREQ)⁽¹³⁾.

Como critérios de inclusão, consideraram-se: pessoas idosas cadastradas em ESFs localizadas na área urbana do município; possuir diagnóstico ou apresentar sintomas depressivos e/ou de ansiedade, a partir da indicação da equipe de saúde das ESFs. Salienta-se que as ESFs não possuíam cadastro ou controle dos usuários que apresentavam tais transtornos. A indicação ocorreu pelo

conhecimento dos profissionais sobre as pessoas que estavam vinculadas à ESF e identificavam nelas manifestações destas alterações. Vale destacar que, no município local do estudo, não há registros que possibilitem estimar a população elegível para integrar a pesquisa. Assim, solicitou-se a indicação de pelo menos três pessoas em cada ESF e estas foram contatadas. As pessoas idosas não encontradas em suas residências, após três tentativas de visita pela pesquisadora/entrevistadora, foram substituídas por outra possível participante indicada pelos profissionais da ESF. Foram excluídas do estudo aquelas que residiam em moradia coletiva, como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por apresentarem dinâmicas de cuidado e acesso aos serviços de saúde mediadas institucionalmente, sendo formas distintas daquelas vivenciadas por pessoas idosas residentes em domicílios particulares, o que poderia comprometer a comparabilidade dos itinerários terapêuticos analisados.

Após a identificação das pessoas idosas com diagnóstico ou sintomas de depressão e/ou ansiedade a partir de dados coletados junto à ESF, selecionou-se uma amostra por conveniência com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que estes profissionais conhecem as pessoas idosas vinculadas à ESF. Todas as pessoas idosas abordadas aceitaram participar do estudo, não havendo recusa ou desistência. Para contemplar a totalidade da área geográfica do município, optou-se por entrevistar de forma sequencial, em que os participantes foram selecionados por meio de sorteio aleatório simples, até totalizar três participantes por ESF. Houve a interrupção das entrevistas quando ocorreu a saturação dos dados, ou seja, quando a pesquisadora identificou que não havia mais acréscimo de novas informações no conteúdo já coletado. Seguindo este protocolo, foram entrevistados 27 participantes. Não havendo entrevistas repetidas. Os dados foram coletados no período de agosto e setembro de 2024, por meio de entrevista única, de modo individual, presencial, em ambiente reservado, na residência do participante. Esta tarefa foi conduzida por um dos pesquisadores (autora principal, sexo feminino), estudante de enfermagem do 9º semestre, previamente capacitada por sua orientadora (enfermeira, doutora em gerontologia e com expertise em pesquisas qualitativas). A pesquisa foi conduzida com a finalidade de produzir um trabalho de conclusão do curso de enfermagem.

O roteiro da entrevista foi construído pelos pesquisadores especificamente para esse estudo, composto de duas partes: a primeira, continha questões referentes aos dados sociodemográficos dos participantes e, na segunda havia questões abertas balizadoras, que buscaram saber se o participante recebia visita domiciliar do ACS ou de outro profissional da saúde (médico, enfermeiro ou outro); como percebiam sua saúde e se possuíam alguma doença; o modo como procurava pela ESF; como percebiam a assistência recebida com foco na saúde mental; como vivenciavam os sintomas de transtorno depressivo e/ou de ansiedade e quais cuidados realizavam para amenizá-los e melhorar a condição psicológica. O tempo médio de cada entrevista foi de 36 minutos, foram audiogravadas em gravador de voz, transcritas na íntegra e mecanograficamente pelos pesquisadores, em programa *Microsoft Word®* (versão 16.31). Também foram realizadas anotações em diário de campo referentes a percepções da entrevistadora sobre gestos e outras formas de expressão de sentimentos, as quais não foram captadas pela gravação ou expressas pelo participante, que serviram para facilitar a análise, porém não foram incluídas no banco de dados em análise. Salienta-se que após a transcrição não houve devolução aos participantes para comentários e/ou correção. Assim como o roteiro da entrevista não foi

fornecido aos participantes.

A adequação do roteiro foi verificada por meio de teste piloto com a realização de três entrevistas, com vistas a auxiliar a pesquisadora entrevistadora na ambientação com o instrumento e na verificação de possíveis inconsistências. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Houve necessidade de adequar o modo de formular as questões para facilitar a compreensão do participante. Porém, não foi preciso modificar o conteúdo do roteiro e, portanto, estes participantes foram incluídos e as entrevistas compõem o *corpus* da pesquisa.

Os dados foram submetidos à técnica da análise temática operativa, a partir de suas três fases: ordenação e a organização do material; categorização: busca das unidades de sentido; análise e interpretação de segunda ordem⁽¹⁴⁾. O referencial teórico dos Itinerários Terapêuticos (ITs) foi o balizador para a construção das categorias fundamentado no modelo de sistema de cuidado à saúde, sugerem que na análise de uma sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional⁽¹⁰⁾. O subsistema popular (*folk sector*) inclui a família, a comunidade, qualquer tipo de atividade e de apoios de redes sociais. O subsistema informal (*popular sector*) inclui especialistas não profissionais da cura, como aqueles ligados a grupos religiosos e seculares. O subsistema profissional (*professional sector*) consiste nos profissionais da medicina científica ou de medicinas tradicionais (como a chinesa). São subsistemas amplamente utilizados de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante a busca das pessoas pelo cuidado da sua saúde⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, na ordenação e a organização do material, os pesquisadores realizaram o primeiro contato com os documentos, para conhecer e compreender os áudios, realizando-se, na sequência, a organização e preparação do material, com as transcrições, organização e leitura flutuante. Na sequência, houve a categorização, extraindo-se os elementos de registro, como pequenos segmentos de conteúdo, palavras, frases que possuíam um significado específico relevante para a pesquisa; os elementos de contexto, por meio de segmento mais amplo da mensagem, uma sentença completa, um parágrafo e, por fim, as categorias temáticas. Assim, a partir do referencial teórico adotado, partiu-se de três categorias dedutivas, produzidas por meio de códigos ou temas pré-definidos pelo referencial: subsistema popular (*folk sector*); subsistema informal (*popular sector*) – conhecimento popular como prática de cuidado em saúde; e subsistema profissional (*professional sector*) – vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde. Para isso, buscou-se encontrar os elementos de registro e de contexto, os quais foram inseridos nas categorias mencionadas. Na sequência, realizou-se o processo de categorização, após analisar cada elemento de registro e de contexto, formando as categorias indutivas, aquelas que emergiram diretamente dos dados, não pré-definidas. Como fase final, ocorreu a análise e interpretação de segunda ordem, de maneira que os dados se tornaram significativos e válidos, identificando as categorias potencialmente emergentes.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi registrado sob número CAAE: 80316624.3.0000.5346 e aprovado pelo Comitê de Ética Institucional, sob parecer nº 6.899.368 de 20 de junho de 2024. Não houve a utilização de ferramentas de inteligência artificial (IA) em nenhuma das etapas da pesquisa. Os participantes assinaram por meio escrito o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma com o participante e a outra com os pesquisadores. Manteve-se o anonimato dos participantes, os identificando pela sigla PI (Pessoa Idosa), seguida por um algarismo, conforme a ordem de entrevista (PI1, PI2...PI27).

RESULTADOS

Das 27 pessoas idosas participantes da pesquisa, 20 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades de 61 a 90 anos e uma média de idade de 72,6 anos com desvio padrão $\pm 8,43$. Com relação à situação conjugal, 15 eram casados; oito, viúvos; três, divorciados; e um, solteiro. Destes, 13 moravam com seus cônjuges; seis sozinhos; quatro, com filho e mais outros familiares (netos, noras, genros); dois viviam com o filho; e dois, com o cônjuge e o filho. Quanto à renda, 13 participantes recebiam até um salário-mínimo; 12, de um a três salários mínimos; dois, recebiam mais que três salários-mínimos e um participante não possuía renda. No que se refere à escolaridade, quatro participantes não souberam responder; dois eram não alfabetizados; 17 tinham ensino fundamental incompleto; um o ensino fundamental completo; um o ensino médio incompleto; e quatro haviam cursado o ensino médio completo.

A análise dos dados, atrelada ao referencial teórico, resultou em três categorias dedutivas: Subsistema popular (*folk sector*), inclui família, comunidade e redes de apoio sociais; Subsistema informal (*popular sector*) – conhecimento popular como prática de cuidado em saúde; Subsistema profissional (*professional sector*) – vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde. A partir destas, surgiram nove categorias indutivas, conforme pode ser visualizado no quadro 1.

Quadro 1 – Síntese da interligação entre as categorias dedutivas e indutivas de análise. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2025.

Categorias dedutivas	Temas	Categorias indutivas
Subsistema popular (<i>folk sector</i>)	Crença religiosas	A religião no auxílio aos sintomas de ansiedade e depressão
	Atividade física Atividade respiratória	Atividade física e exercícios respiratórios na redução da ansiedade/depressão
	Chás	Utilização de chás como medida não farmacológica para sintomas de ansiedade/depressão
Subsistema informal (<i>popular sector</i>)	Medicamento	Uso de medicação: desconhecimento da sua ação
	(Des)informação	(Des)conhecimento dos sintomas da ansiedade e da depressão
	Tratamento	(In)compreensão e resistência para adesão de tratamento medicamentoso/ não medicamentoso

Subsistema profissional (<i>professional sector</i>)	Acesso ao serviço de saúde	Fatores que dificultam o acesso ao serviço de saúde
	Consulta na ESF	(Des)conhecimento da consulta com a enfermeira
	Acompanhamento de saúde Visitas domiciliares.	Déficit no acompanhamento da condição de saúde

Fonte: autores, 2025.

A religião no auxílio aos sintomas de ansiedade e depressão

Dentre os recursos naturais que podem ser vinculados ao subsistema popular (*folk sector*), utilizados pelas pessoas idosas no enfrentamento/convivência com os sintomas da ansiedade e da depressão, destacou-se as questões atreladas a fé e a religiosidade, manifestadas pela presença na igreja, as rezas e orações, conforme os relatos que seguem:

Eu gosto de ir na igreja, me faz um bem, eu vou lá e parece que preenche o vazio sabe? Então eu estou sempre tentando me ocupar, eu vou preenchendo o dia de coisa para fazer. (PI8)

Mas rezo, menina, rezo! Olha eu acho que eu ainda estou aguentando o tranco, estou de pé de tanta fé que eu tenho, de tanto que eu oro. Eu assisto a missa, rezo meu terço, se não fosse isso eu não sei. (PI25)

Atividade física e exercícios respiratórios na redução da ansiedade/depressão

O IT das pessoas idosas atreladas ao subsistema popular (*folk sector*), faz com que busquem estratégias para amenizar os sintomas da ansiedade e depressão. Dentre essas, se destacaram a utilização da respiração e as caminhadas, conforme os relatos:

Faço o exercício do copinho. Bota água no copinho com canudinho e assopra. E daí tem aquele óleo que é essencial de lavanda. Aquele me ajuda bastante. (PI3)

Eu saio para a rua. Saio caminhar. Vou até uma altura ali e volto, daí ajuda! Choro, daí ajuda bastante. (PI6)

E daí eu pego, eu respiro. Eu respiro fundo, sabe? Tento pensar, tento respirar fundo, tomo uma água fria. (PI21)

Utilização de chás como medida não farmacológica para sintomas de ansiedade/depressão

A utilização de chás também se destacou dentre as estratégias utilizadas pelas pessoas idosas durante seu IT, no que se refere ao subsistema popular (*folk sector*):

Eu faço, tem um chazinho ali na horta, eu tiro folha do chá e faço. Eu tomo água da Melissa. É, ajuda. Tem que viver assim. [Fala com voz baixa e expressão facial de desânimo]. (PI20)

Daí eu tomo um chazinho de camomila. (PI3)

Eu tomo, também, uma água com limão. (PI21)

Utilização de medicação: desconhecimento da sua ação

Durante o IT das pessoas idosas com sintomas de ansiedade e depressão, observou-se o conhecimento leigo das mesmas, vinculado ao subsistema informal (*popular sector*). Essa questão torna-se evidente, quando manifestaram desconhecer o motivo pelo qual faziam uso de determinados medicamentos.

Pois eu tomo o [medicamento]. Porque a gente se sente angustiada. Do próprio passar dos dias mesmo. Foi pensando. Bah, mas a gente fica velho, a gente não tem filho, não, só nós. (PI2)

Eu tomo esse remédio para dormir de noite. (PI24)]

[...] me deram o remédio de repente para me concentrar mais porque eu sou muito preocupada, sabe? Se eu tenho um monte de coisa para fazer amanhã, eu já me preocupo hoje. (PI16)

(Des) conhecimento dos sintomas da ansiedade e da depressão

A partir de algumas falas foi possível notar o conhecimento leigo, analisado a partir do subsistema informal (*Popular sector*), que as pessoas idosas participantes da presente pesquisa possuem acerca dos sintomas da ansiedade e da depressão. Esse conhecimento contribui para que as pessoas idosas, por vezes, não consigam identificar ou não tenham certeza dos efeitos do transtorno depressivo e/ou de ansiedade no próprio organismo.

Um dia que me deu de madrugada uma coisa, uma tremedeira, me travou a minha boca, não podia falar. Mas eu estava nervosa, nervosa mesmo, acho que por isso que foi o que aconteceu. (PI2)

E daí tem vezes que eu passo, daí acalma, calma e do nada me dá aquela coisa, às vezes, esse medo, sabe? Pânico, síndrome do pânico eu acho. Naquela ansiedade, sabe? Eu não sei se é normal de mãe ou é só eu que sou. Eu perco o sono. Eu digo, mas será que é eu que sou pessimista ou é o sistema nervoso? (PI7)

Daí depois, quando eu começava a me dar aquela aceleração, sabe? Eu já sabia que ia me dar aquilo (crise de ansiedade). (PI21)

(In) compreensão e resistência ao tratamento medicamentoso/não medicamentoso

Ainda na avaliação do subsistema informal (*Popular sector*), pode-se perceber que a falta de acompanhamento da situação de saúde mental, fez com que algumas pessoas idosas apresentassem incompreensão e resistência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o que resultou no seu

abandono, na prática da automedicação e na não procura pelo atendimento psicológico.

Daí eu comecei a sentir que eu estava ficando cada vez mais nervosa, mais a cabeça meia fraca, assim, atrapalhada. E já comecei a ficar dependendo daquele remédio. Um dia eu pensei: “Não vou tomar mais”. Daí eu peguei e botei fora aquele vidro. Aí parei, não tomei mais. (PI7)

Eu parei de tomar esses meus remédios por conta própria. Estou experimentando um outro ali. A minha filha está tomando. Daí eu estou tomando por conta. O doutor nem sabe. (PI1)

Ela queria me dar faixa preta para eu poder deitar e apagar. Eu disse “Não, doutora, eu não quero isso aí, eu não quero porque faixa preta vicia”. (PI12)

Não, não é preciso ir em psicólogo. Só o remédio (fala com rigidez). (PI4)

Contudo, é possível observar que alguns participantes reconheceram a importância de realizar tratamento especializado, como a consulta com um psicólogo, a fim de melhorar sua condição de adoecimento mental.

Às vezes, eu penso que eu queria ir fazer uma consulta com um psicólogo, eu queria ir para pegar um remédio para essa ansiedade. (PI7)

Essa semana que eu vou lá no posto, eu vou vê da psicóloga. (PI15)

Fatores que dificultam o acesso ao serviço de saúde

Durante o IT das pessoas idosas no que se refere ao Subsistema profissional (*professional sector*), pode-se perceber alguns fatores que dificultam o acesso destas ao serviço de saúde. Dentre estes, destacou-se a carência de um adequado suporte social e econômico. Por vezes, algumas pessoas idosas necessitam fazer uso de recursos financeiros extras para conseguir acessar a ESF. Outras vezes, é a equipe de saúde que se desloca para a visita domiciliar.

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

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

Outro fator que dificulta são as condições físicas e clínicas decorrentes do próprio processo de envelhecer, associadas a limitações de deslocamento. Ainda, devido à distância geográfica entre a localização da ESF e a residência do usuário do serviço de saúde.

Para caminhar eu tenho dificuldade. Aí é um pouco ruim. Porque daí dói, né? Meu Deus do céu! (PI8)

Mas olha, eu quase não vou no posto. É bem longe. (PI11)

Mas eu tenho dificuldade de caminhar. Porque daqui é longe lá em cima. E daí tem que ir de a pé. (PI12)

(Des) conhecimento da consulta com a enfermeira

A consulta com os profissionais na ESF, surgiu como IT das pessoas idosas no Subsistema Profissional (*professional sector*). Contudo, chama a atenção o fato de poucos responderem acerca da consulta com o(a) enfermeiro(a) e um participante mencionou que não sabia que o(a) enfermeiro(a) realizava consulta. Entretanto, as pessoas idosas que realizaram consulta com este profissional, ressaltaram as experiências positivas do atendimento.

Eu não me importo de me consultar com a enfermeira porque ela é muito inteligente (PI9).

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

Com o médico. Com a enfermeira eu nem sabia que a enfermeira atendia também. Agora que eu fiquei sabendo. (PI15)

Não, eu nunca consultei com a enfermeira. Sempre com o médico. (PI26)

Déficit no acompanhamento da condição de saúde

Nas falas a seguir, fica perceptível a carência de acompanhamento da situação de saúde, Subsistema Profissional (*professional sector*), com destaque para a saúde mental. A maioria das pessoas idosas, participantes da pesquisa não realizava consultas de rotina na ESF, apenas possuíam as receitas com prescrições de medicamentos renovadas.

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

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

Quando se trata das orientações dadas pelos profissionais de saúde para amenizar os sintomas depressivos e/ou de ansiedade, as pessoas idosas relataram receber visitas esporádicas quando não possuem condições de ir até a UBS. Um participante referiu não ter recebido orientações, apenas a prescrição medicamentosa para auxiliar no controle dos sintomas.

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

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

Para mim, não. Eu acho que para mim não é preciso. Então, quando eu preciso sempre vou no posto. (PI21)

Destaca-se a falta de outras formas de cuidados terapêuticos com a saúde mental para auxiliar na promoção do bem-estar. Deste modo, alguns entrevistados mencionaram que não realizavam cuidados com sua saúde psicológica, além do uso do medicamento e outros nem sequer faziam uso de medicamentos.

Não faço nada, não. Só o remédio. Não sei, me acomodei. Fiquei acomodada. Daí para mim tá assim eu tenho que tá sempre drogada como eu digo, né? (PI23)

Não, não. O tratamento que eu faço é só esse uso o [medicamento]. (PI4)

Em relação ao atendimento especializado, nenhuma pessoa idosa relatou fazer acompanhamento com o psicólogo e uma parcela pequena relatou ter realizado consulta com o psiquiatra para fazer uso da medicação. Além disso, duas pessoas idosas foram encaminhadas pela ESF para o atendimento psicológico, mas ainda não haviam sido chamadas para realizar a consulta.

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

Não me tratei com nenhum, acho que não tem aqui. (PI2)

Mas eu queria que me tratassem para essa ansiedade! E daí aqui não me deram o encaminhamento. Falei, falei aqui para os médicos daqui. Mas não disseram nada. Pedi para me encaminharem [psicóloga] também, né? “Ah, que tá lotado, não sei o quê”. Então eu não falei mais. (PI26)

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, evidenciou-se que o IT das pessoas idosas perpassa pelo subsistema popular (*folk sector*), uma vez que envolve a busca de estratégias diversas, como: realizar caminhadas (atividade física), técnicas respiratórias, possuir uma crença religiosa e a utilização de chás. Esse dado corrobora com o evidenciado em pesquisa que buscou analisar as produções sobre qualidade de vida, exercício físico, pessoas idosas e saúde mental, para o qual a prática de atividades físicas contribui para a diminuição dos transtornos mentais em pessoas idosas, por meio da produção de endorfinas (hormônio que causa sensação de prazer, bem-estar e felicidade). Assim, a prática regular de exercícios físicos está associada à diminuição da angústia, depressão, ansiedade e melhora do humor⁽¹⁵⁾.

Também, em relação à crença religiosa, houve semelhança aos resultados de pesquisa desenvolvida em Portugal, a qual demonstrou que a religiosidade/espiritualidade está frequentemente associada a redução de sintomas de depressão e ansiedade, maior resiliência e melhor manejo emocional de situações estressantes⁽¹⁶⁾. A religiosidade e espiritualidade são utilizadas como estratégia de enfrentamento do sofrimento, exercendo influência positiva para a saúde e relacionadas diretamente com o bem-estar mental, felicidade, satisfação com a vida, moral elevada e melhor saúde mental e física. O fato de ter uma crença religiosa proporciona sentimentos de conexão, pertencimento e identidade, o que gera condições mais favoráveis para enfrentar as situações de adoecimento mental⁽¹⁷⁾.

A utilização de chás, mencionada pelos participantes da presente pesquisa, conversam com dados de estudo que avaliou o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no auxílio ao tratamento da depressão, evidenciando que dentre as PICS, a utilização de plantas medicinais foi uma das mais referidas. Os autores reforçam que essas ferramentas são importantes, como estratégia de cuidado ampliado pelas pessoas em sofrimento psíquico⁽¹⁸⁾.

Com base nos estudos evidenciados anteriormente, pode-se afirmar que os itinerários terapêuticos encontrados estão alinhados com o referencial teórico utilizado nesta pesquisa, subsistema popular (*folk sector*), de modo que o cuidado das pessoas idosas com a sua saúde mental inclui saberes e crenças culturais e populares.

O IT das pessoas idosas com sintomas depressivos e de ansiedade deste estudo transcorre também pelo subsistema informal (*popular sector*) – conhecimento popular como prática de cuidado em saúde, de modo que essa população apresentou crenças e conhecimentos leigos a respeito do processo saúde-doença. Essa carência de conhecimento acerca da doença mental levou os participantes à autopercepção negativa da saúde, desistência da terapia medicamentosa ou automedicação e, ainda, resistência ao tratamento terapêutico.

Esses dados corroboram com os de uma pesquisa desenvolvida com o objetivo de verificar o nível de adesão medicamentosa de pessoas idosas em uso de polifarmácia na Atenção Básica. Na referida pesquisa, os autores descrevem que as pessoas idosas são mais propensas ao abandono do tratamento e a problemas com a adesão devido às comorbidades e o uso de múltiplos fármacos. A não adesão ao tratamento também está associada a menores níveis de conhecimento sobre as prescrições medicamentosas, decorrentes da redução da capacidade cognitiva e da memória, relacionada ao processo de envelhecimento, demências ou quadros depressivos. Assim, o desconhecimento pode levar ao uso não adequado dos psicofármacos, fator que compromete a eficácia do tratamento, bem como a segurança do usuário⁽¹⁹⁾.

A esse respeito, pesquisa desenvolvida no Canadá, com 200 pessoas idosas evidenciou percepções e crenças complexas das pessoas idosas sobre medicação que podem estar relacionadas a desconhecimento ou falta de segurança sobre uso/benefício/risco⁽²⁰⁾. Diante disso, destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde informarem a pessoa idosa com manifestações de depressão e/ou ansiedade a respeito do tratamento medicamentoso, realizar orientações sobre cuidados e intervenções de saúde mental, para além da terapêutica farmacológica. Para tanto, a equipe de saúde necessita estar capacitada para acompanhar e rastrear a adesão ao tratamento, além de ações de educação em saúde capazes de tornar o usuário protagonista do seu processo terapêutico⁽¹⁹⁾.

Outro dado similar ao deste estudo foi evidenciado em pesquisa que buscou avaliar a influência de fatores na autoavaliação de saúde das pessoas idosas na Coreia do Sul, em que a presença de doenças crônicas, dependência nas atividades da vida diária e depressão favorecem para autoavaliação negativa de saúde pelas pessoas idosas que vivem sozinhas⁽²¹⁾, uma vez que estas morbididades podem causar limitações e dificultar o autocuidado. Ademais, destaca que os papéis sociais podem influenciar para melhorar o estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida destas pessoas⁽²¹⁾.

Nesse contexto, nota-se a presença do referencial teórico do subsistema informal (*popular sector*), ao se verificar a necessidade de conhecimento, por parte das pessoas idosas, acerca do uso e eficácia dos medicamentos, das manifestações clínicas e da importância da terapêutica, a fim de facilitar a compreensão e favorecer a adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não.

O IT das pessoas idosas desta pesquisa também percorreu o subsistema profissional (*professional sector*), vínculo e interação com serviços e profissionais de saúde, abordando as formas como essa população se relaciona com a ESF e com os profissionais de saúde na assistência às demandas de saúde mental. Neste subsistema, identificou-se vínculo prejudicado com a equipe de saúde, assistência fragmentada e dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

Nesse viés, evidenciou-se a dificuldade da população idosa para acessar a ESF, devido às

condições clínicas e físicas, localização da residência em relação a ESF e dificuldades financeiras. Estudo que analisou os fatores associados às dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre a população idosa, destacou que as pessoas idosas sem companheiro(a), com baixa escolaridade, dificuldades de transporte, falta de recursos financeiros, barreiras arquitetônicas e geográficas, autopercepção negativa de saúde e categorizados como frágeis, tinham maior dificuldade de acesso aos serviços públicos⁽²²⁾. Também foram identificadas as limitações para se locomover, bem como pelas sequelas de morbididades crônicas e incapacidades⁽²²⁾, dados que se assemelham ao da presente pesquisa.

Notou-se a fragmentação da assistência continuada, de modo que alguns participantes do estudo não recebiam visitas domiciliares com frequência e, quando essa era realizada, essencialmente era feita pelos ACS. Conforme destaca um estudo realizado com dados do Ciclo III do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o cuidado no domicílio, incluindo a visita domiciliar, integra o princípio da integralidade da atenção à saúde por meio do desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de promoção de saúde, sendo de fundamental importância para o melhor atendimento ao usuário. Além disso, a demanda por atenção domiciliar é maior do que a oferta, tornando-se necessário adequar o número de profissionais conforme o tamanho do território, a fim de possibilitar o planejamento e organização da equipe para realizar as visitas domiciliares⁽²³⁾.

A maior parte das pessoas idosas que participaram desta pesquisa não realizavam acompanhamento da sua situação de saúde mental, bem como não tinham acesso a atendimentos especializados com psicólogos e psiquiatras. O relatório brasileiro de saúde mental S20 aborda que muitos usuários com problemas de saúde mental, incluindo ansiedade e depressão, enfrentam barreiras para acessar cuidados públicos adequados à saúde mental. Essas barreiras dificultam os esforços para combater os estigmas relacionados à saúde mental, promover o apoio social e estabelecer programas de reabilitação eficazes, componentes essenciais para abordar as necessidades sociais individuais e os determinantes mais amplos da saúde mental⁽²⁴⁾.

Percebeu-se, também, a falta de determinados profissionais, como psicólogos e psiquiatras para atender a demanda específica, pois, muitas vezes, prevalece o tratamento medicamentoso, a partir da consulta com clínico geral. Pesquisa realizada na Austrália também relata fragmentação dos serviços de saúde mental, o que não permite o atendimento às necessidades dos usuários na sua completude. O estudo ressalta a importância da assistência por meio de equipe multidisciplinar, com um plano de cuidado estruturado, com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sendo que estas poderiam melhorar os resultados mentais e físicos para pacientes que possuem transtornos mentais. Entretanto, essa prática dos cuidados integrados em saúde mental no âmbito da Atenção Primária enfrenta inúmeros desafios⁽²⁵⁾, semelhantes ao evidenciado no presente estudo.

Ainda, a maioria dos participantes não recebia o cuidado continuado da sua situação de saúde mental. Essa pesquisa relaciona positivamente a continuidade do cuidado com o melhor manejo de doenças crônicas e aumento da qualidade de vida. Assim, o relacionamento contínuo e personalizado entre profissionais da APS e pessoas idosas promove um cuidado proativo e voltado ao paciente, possibilitando uma melhor manutenção da saúde⁽²⁶⁾.

Em concordância com os resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo realizado na região

Sul do Brasil com profissionais de ESF destacou que o modelo médico centrado ainda prevalece atrelado à assistência de saúde mental na APS. As principais ações de cuidado são caracterizadas por prescrições de medicamentos psicotrópicos e pela renovação de receitas, o que faz com que os usuários não sejam compreendidos em sua totalidade, pois os profissionais podem não considerar os aspectos biopsicossociais e espirituais, considerando apenas a doença e desintegrando a saúde mental das demais demandas⁽²⁷⁾. Nesse contexto, a carência de um olhar para além da doença faz com que os profissionais não orientem formas de cuidado com a saúde mental e não repassem informações sobre os sintomas do transtorno de depressão e ansiedade, o que dificulta o enfrentamento da situação.

Outro dado relevante da pesquisa versa sobre a maioria das pessoas idosas nunca terem consultado com o(a) enfermeiro(a), demonstrando vínculo fragilizado com esse profissional e, conseqüentemente, a assistência era centrada na consulta com o médico clínico geral. Deve-se destacar que o enfermeiro é o profissional presente em todos os níveis da rede de saúde e possui, também, papel fundamental na atenção à saúde mental das pessoas idosas.

Porém, embora a atuação do enfermeiro seja relevante para atender às demandas psicossociais dos usuários da APS, as atribuições não estão claramente determinadas e, frequentemente, podem se apresentar de modo generalizado, fazendo com que as ações em saúde mental sejam fragilizadas e limitadas. Desse modo, as intervenções em saúde mental demonstram que os enfermeiros restringem o cuidado em encaminhar e acolher o paciente, delegando o cuidado para outros profissionais e/ou serviços, tornando-o fragmentado, burocrático e centrado no modelo médico⁽²⁸⁾.

Ainda, as narrativas dos poucos participantes que já haviam consultado com o(a) enfermeiro(a) evidenciaram a valorização e importância desse profissional na assistência à saúde mental da pessoa idosa. Pesquisa realizada no Reino Unido e na Austrália descreveu a implementação do Programa de Incentivo aos Enfermeiros de Saúde Mental, no qual esses profissionais atuavam em clínicas gerais com o intuito de facilitar o acesso aos serviços de saúde mental. O programa apresentou vários resultados positivos, como a melhoria no enfrentamento das doenças, redução dos sintomas e maior participação da comunidade, resultando em uma clínica mais eficaz e integrada⁽²⁵⁾. Percebe-se, assim, a importância e a necessidade das intervenções realizadas pelo(a) profissional enfermeiro(a) nas demandas de saúde mental da população idosa.

Na perspectiva do subsistema profissional (*professional sector*), percebe-se que o IT da população estudada, perpassa por aspectos do acesso aos serviços de saúde, possibilidade de realizar consulta com enfermeiro(a), além da consulta com o médico, e receber visitas domiciliares dos profissionais de saúde, se constituem em fatores que contribuem para a identificação de pessoas idosas com manifestações características de depressão e/ou de ansiedade, favorecendo o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das mesmas.

Dessa forma, percebe-se que o IT das pessoas idosas que possuem transtornos depressivos e/ou de ansiedade é influenciado pelo contexto social, cultural, econômico e individual. Assim como defende o referencial teórico de IT, o estudo ressalta a influência dos saberes e práticas populares, religiosas e científicas.

Foram seguidas as recomendações para a condução e posterior relatório de pesquisas qualitativas. O fato deste estudo ter sido realizado com pessoas idosas em um único cenário pode

dificultar a transferibilidade do conhecimento, na medida em que os achados se ancoram em condições territoriais, organizacionais e socioculturais específicas. Ademais, a mediação das equipes da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde na seleção dos participantes, associada ao uso de amostragem por conveniência, bem como a identificação dos casos a partir da percepção profissional, configuram elementos que podem influenciar, de forma sutil, a composição do grupo investigado. Soma-se a isso a delimitação do estudo a um único município e a cenários domiciliares urbanos, o que circunscreve a compreensão dos itinerários terapêuticos a determinadas dinâmicas de cuidado. Nesse sentido, embora possa, à primeira vista, tensionar a transferibilidade, a individuação reforça a leitura dos achados a partir da singularidade das experiências, o que qualifica a transferibilidade ao possibilitar uma análise interpretativa e crítica que permite estabelecer analogias com outros contextos semelhantes na compreensão aprofundada das condições em que o fenômeno se produz. Ainda, a análise e discussão neste estudo baseiam-se em informações autorreferidas pelos participantes por ocasião das entrevistas e, portanto, estão sujeitas a vieses de memória, comunicação e interpretação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu uma aproximação dos itinerários terapêuticos vivenciados pelas pessoas idosas com transtornos depressivos e/ou de ansiedade, evidenciando como esses percursos se articulam entre os subsistemas popular, informal e profissional. Em relação ao subsistema popular, destacaram-se as questões relacionadas à prática da religião, de atividades físicas, exercícios respiratórios e da utilização de chás na redução dos sintomas de depressão e ansiedade.

No subsistema informal, se destacou o desconhecimento das pessoas idosas acerca da ação dos medicamentos, dos sintomas da ansiedade e da depressão, bem como a incompreensão e resistência destas pessoas na adesão do tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso. Já no subsistema profissional, anunciaram-se alguns fatores que dificultam o acesso ao serviço de saúde, dentre eles, a carência de suporte social e econômico. Além disso, também foi evidenciado o desconhecimento da maioria dos participantes acerca da consulta com a enfermeira na ESF, assim como o déficit no acompanhamento da condição de saúde das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Santos EMB, Pimenta CJL, Ferreira GRS, Frazão MCLO, Costa TF, Ribeiro GS, et al. Fatores relacionados aos sintomas depressivos em pessoas idosas com diabetes mellitus. *Cogitare Enfermagem*. 2022;27:e81965. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81965>
2. Farias WM, Aguiar IM, Martins KC, Santos JB, Barreto MAM, Fermoseli AFO. Sintomas ansiosos e depressivos em idosos na atenção primária à saúde em Maceió – AL. *Rev. Med.* 2022;101(1):e-188307. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-188307>
3. World Health Organization (WHO). Depression and Other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO. 2017[cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2eng.pdf?sequence=1>

4. Torres AG, Lima KC, Martins AM, Medeiros AA. Anxious and depressive symptoms in older adults treated by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2024;27:e240028. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.240028.pt>
5. Li L, Pan K, Li J, MeiqinJiang, Gao Y, Yang H, et al. The associations of social isolation with depression and anxiety among adults aged 65 years and older in Ningbo, China. *Sci Rep.* 2024;14:19072. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-69936-w>
6. Valença Neto PF. Prevalence and factors associated with suspicion common mental disorders in older adults: a population study. *J Bras Psiquiatr.* 2023;72(2). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000410>
7. Souza AP, Rezende KTA, Marin MJS, Tonhom SFR, Damaceno DG. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Ciênc Saude Coletiva.* 2022;27(05). <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>
8. World Population Prospect (WPP). Release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions [Internet]. New York: United Nations; 2022 [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2022_Release-Note-rev1.pdf
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, anthropology, medicine and psychiatric. Berkeley: University of California Press; 1980.
10. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 1999. p. 264.
11. Organizações das Nações Unidas (ONU). Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>
12. Ministério da Saúde (BR). Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde: Brasil. 2018 [citado 07 mar. 2025]. 26 p. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357.
14. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.
15. Oliveira ERP, Chaves LGS, Nascimento EVS. A relevância do exercício físico na qualidade de vida de idosos: nos aspectos da saúde mental. *Rev Ibero-Am Human, Ciênc Educ.* 2022; 8(05):1003-09. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5538>
16. Brandão T. Religion and Emotion Regulation: A Systematic Review of Quantitative Studies. *J Relig Health.* 2025;64(3):2083-100. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02216-z>
17. Martins DA, Coêlho PDL, Becker SG, Ferreira AA, Oliveira MLC, Monteiro LB. Religiosidade e saúde mental como aspecto da integralidade no cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(01). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1011>
18. Schwambach LB, Queiroz LC. Uso de práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento da depressão. *Physis.* 2023;33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333077>
19. Rodrigues MES, Nascimento GS, Medeiros LB, Nogueira MF, Pascoal FFS, Carvalho MAP. Polypharmacy and drug adherence in the elderly in the context of primary health care: cross-sectional study. *Online Braz J Nurs.* 2023;22:e20236633. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236633>

20. Geremie T, Guiguet-Auclair C, Laroche ML, Mely P, Gerbaud L, Blanquet M. Deprescribing in older adults in a French community: a questionnaire study on patients' beliefs and attitudes. *BMC Geriatr*. 2024;24:562. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05165-0>
21. Ryu D. The impact of physical functionality and activity level on the self-rated health status of older adults living alone: An analysis of the mediating effect of social engagement. *Geriatr Nurs*. 2025;63:464-9. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.03.035>
22. Figueiredo DSTO, Silva JEGS, Feitosa PYO, Silva MPGPC, Alexandrino A. Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população idosa: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2025;30(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.00082024>
23. Linhares RS, Thumé E, Carrett MLV, Fantinel EJ, Cesar MADC, Tomasi E. Dificuldade de locomoção e necessidade de atendimento no domicílio: estudo transversal. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006939>
24. MariJJ, Kapczinski F, Brunoni AR, Gadelha A, Baldez DP, Miguel EC, et al. The S20 Brazilian Mental Health Report for building a just world and a sustainable planet: Part II. *BJP*. 2024;46:e20243707. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3707>
25. Isaacs, AN, Mitchell, EKL Modelos de atenção integrada à saúde mental na atenção primária e fatores que contribuem para sua implementação efetiva: uma revisão de escopo. *Int J Ment Health Syst*. 2024;18(5). <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00625-x>
26. Albarqi MN. Continuity and sustainability of care in family medicine: assessing its association with quality of life and health outcomes in older populations: a systematic review. *PLoS ONE*. 2024;19(12): e0299283. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299283>
27. Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFCS, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al. Mental health assistance in Primary Care: perspective of professionals from the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 3):e20190326. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0326>
28. Gusmão ROM, Viana TM, Araújo DD, Torres JD'ARV, Silva Junior RF. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. *J Health Biol Sci*. 2022;10(1):1-6. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022>

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Conceituação: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite; Silomar Ilha; Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

Análise formal: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite; Silomar Ilha; Zaira Letícia Tisott; Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

Investigação: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite

Metodologia: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite; Silomar Ilha.

Recursos: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite

Escrita - rascunho original: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite; Silomar Ilha.

Escrita - revisão e edição: Kaliandra Gallina; Marinês Tambara Leite; Silomar Ilha; Zaira Letícia Tisott; Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Kaliandra Gallina

kaliandra.gallina@gmail.com

Recebido: 02.06.2025

Aprovado: 25.04.2026

Editor associado:

Dagmar Elaine Kaiser

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira