



**FACULDADE PAN-AMAZÔNICA
CURSO BACHAREL EM ENFERMAGEM**

**GEISE ROLIM DA SILVA
INDIANARA DO NASCIMENTO**

**A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO IDOSO COM DEPRESSÃO: Revisão
Integrativa da Literatura**

**BELÉM – PA
2017**

**GEISE ROLIM DA SILVA
INDIANARA DO NASCIMENTO**

**A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO IDOSO COM DEPRESSÃO: Revisão
Integrativa da Literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Pan Amazônica como requisito nota parcial
para obtenção de Grau Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Msc. Márcia Araújo.

**BELÉM – PA
2017**

**GEISE ROLIM DA SILVA
INDIANARA DO NASCIMENTO**

A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO IDOSO COM DEPRESSÃO: Revisão
Integrativa da Literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Pan Amazônica como requisito nota parcial
para obtenção de Grau Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Msc. Márcia Araújo.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora:

_____- Orientador
Prof. MSc. Márcia Araújo

Prof. Margareth Boulhosa

Prof. Dilena Monteiro

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me conceder forças para lutar contra as tempestades que, às vezes, a vida nos impõe, iluminando minha caminhada nessa jornada árdua e me mostrando, interiormente, que a "sabedoria" ainda é a melhor forma de não desistir de nada.

Agradeço, as minhas lindas filhas, por fazerem parte da minha vida, por me ajudarem e me apoiarem nessa trajetória que não foi nada fácil.

Agradeço, ao meu esposo por me apoiar, me ajudar, me aguentar por todo esse tempo.

Agradeço, a minha mãe por estar presente nesse momento e por me apoiar .

Agradeço, aos meus irmãos Rafael e Jean pela ajuda financeira e pelo apoio.

Agradeço aos meu familiares, os que estão perto e os que estão longe e mesmo assim não deixaram de me apoiar e me ajudar.

Agradeço a minha amiga e irmã de coração Geise Rolim, por me ajudar e me apoiar nos momentos difíceis e por te se tornado uma das pessoas mais importante da minha vida.

Agradeço ao meu grupo de estágio, em especial á Dhyellen Sacramento, Iranildo da Silva e Ingrid Lishá, pela troca de conhecimento, companheirismo e amizade.

Agradeço, aos meus professores pelo conhecimento adquirido no decorrer desses 4 anos, pela paciência e dedicação.

Agradeço a minha orientadora pela paciência, pela coragem de nos orientar e pelo seu tempo.

(Indianara do Nascimento)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos da minha vida.

Agradeço ao meu pai que hoje já falecido pela formação educacional e apoio dado para mim. Que hoje tenho certeza que está olhando e rezando por mim nesse momento.

agradeço a minha mãe que é excepcional e incansável em está a todos os momentos ao meu lado me proporcionando a cada dia a sua presença me apoiando, incentivando e encorajando nas horas difíceis de desânimo e cansaço do dia-a-dia.

Obrigado aos meus irmãos, irmãs, sobrinhos, cunhados, cunhadas tios e tias que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo e trabalho sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da dedicação diária.

Ao meu namorado que sempre esteve presente em todas as horas de alegria e tristeza, durante todo e esse momento, pela sua dedicação de amor, carinho e compreensão.

Quero agradecer a minha linda carinhosa e amada filha que apesar de ter seus 2 anos de idade muito compreendeu minha ausência e por ser minha maior motivadora, se muitas vezes pensei em não continuar foi por você, seu beijo carinhoso, a sua alegria o seu sorriso contagiante do ver minha chegada que me davam forças para enfrentar o dia e continuar o dia seguinte.

A minha amiga inseparável, Indianara que se tornou não somente uma amiga mas uma irmã pra sempre de coração pelo total apoio e companheirismo por esses anos de convivência.

Agradeço ao meu grupo de estágio, Dhyelen Sacramento, Ingrid Lishá e Iranildo Ferreira pela amizade e companheirismo..

Aos professores que sempre dedicaram seus ensinamentos a todos com muita paciência e dedicação para mim.

A todos aqui citados e aqueles aos quais os nomes não aparecem mas que sabem que fizeram parte desse processo e que muito me ajudaram nessa caminhada o meu muito obrigada.

(Geise Rolim)

RESUMO

A depressão na terceira idade vem aumentando cada vez mais, portanto, os motivos são vários: sentimento de improdutividade, falta de atenção da família ou até mesmo o abandono, ausência de vida social, além de fatores genéticos e de personalidade. Todo ser humano em algum momento na vida pode apresentar alguns sintomas depressivos. Nos idosos, a chance desses sintomas aumentarem é ainda maior, pois eles apresentam várias limitações e perdas, e como consequência surge o sentimento de autodepreciação. A depressão é uma doença complexa, onde o portador tem dificuldade para entender e aceitar a enfermidade. Diante dessa complexidade e da dificuldade, a melhor forma de não adoecer é a prevenção. O objetivo dessa pesquisa é Descrever os fatores de risco da depressão no idoso, enfatizando as contribuições da assistência da enfermagem durante o tratamento. Trata-se de um estudo descritivo que consiste em uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa, realizada nas bases científicas de dados on-line, como: BDENF, LILACS e SCIELO. O total de estudos incluídos neste trabalho, selecionados principalmente quanto ao idioma vernáculo, resultou em duzentos e vinte e quatro (224) estudos no período compreendido entre 2013 e 2017 referentes ao tema em questão, através dos critérios estabelecidos selecionamos apenas 134 publicações. Após uma leitura minuciosa das publicações, na íntegra, dezesseis (16) compuseram o banco de dados para análise e discussão, pois respondem às questões de pesquisa. Diante da pesquisa realizada através das literaturas observou-se que apesar do quantitativo de artigos com os descritores informados, quando foi pesquisado a fundo, mostrou-se que há pouca literatura abordando do assunto. A presente pesquisa supriu as nossas instigações, respondendo de forma satisfatória os nossos anseios e contribuindo para atualização da literatura, todos os objetivos foram alcançados, enriquecendo nosso conhecimento com um assunto pouco comentado, foi de grande importância para aquisição de novos conhecimentos e contribuição para nosso crescimento enquanto profissionais.

Descritores: depressão, idoso, envelhecimento, transtorno neórotico.

ABSTRACT

Depression in the third age is increasing more and more, so the reasons are several: feeling of unproductiveness, lack of family attention or even abandonment, absence of social life, as well as genetic and personality factors. Every human being at some point in life may have some depressive symptoms. In the elderly, the chance of these symptoms increases is even greater, as they present several limitations and losses, and as a consequence the feeling of self-depreciation arises. Depression is a complex disease, where the sufferer has difficulty understanding and accepting the illness. Faced with this complexity and difficulty, the best way to avoid becoming ill is prevention. The purpose of this research is to describe the risk factors of depression in the elderly, emphasizing the contributions of nursing care during treatment. It is a descriptive study that consists of an integrative review of the literature with a qualitative approach, carried out in the scientific bases of online data, such as: BDENF, LILACS and SCIELO. The total number of studies included in this study, selected mainly as regards the vernacular language, resulted in two hundred and twenty-four (224) studies in the period between 2013 and 2017 referring to the subject in question, through the established criteria we selected only 134 publications. After a thorough reading of the publications, sixteen (16) composed the database for analysis and discussion, as they answer the research questions. In view of the research carried out through the literature, it was observed that despite the quantitative of articles with the descriptors informed, when it was thoroughly researched, it was shown that there is little literature addressing the subject. The present research supplied our instigations, satisfying our desires and contributing to the updating of the literature, all the objectives were achieved, enriching our knowledge with an uncommented subject, was of great importance for the acquisition of new knowledge and contribution to our growth as professionals.

keywords: depression, elderly, aging, neo-rotic disorder.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Descrição dos principais fatores de risco associados a presença de depressão em idosos, segundo a literatura pesquisada.....	35
Figura 2: Descrição dos principais fatores de risco associados a presença de depressão em idosos, segundo a literatura pesquisada.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos artigos de acordo com base de dados, ano de publicação, título e autores..... 36

Tabela 2 - Caracterização dos artigos de acordo com objetivos, população, amostra e local de estudo..... 38

LISTA DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SCIELO - Scientific Library Online

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde

DesCS - Descritores em Ciências da Saúde

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Problematização e objeto de estudo	12
1.2	Justificativa e relevância do estudo	14
1.3	OBJETIVOS	15
1.3.1	Objetivo geral	15
1.3.2	Objetivos específicos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Processo de envelhecimento	16
2.2	Depressão	18
2.3	Depressão no Idoso	20
2.4	Papel da Família na Recuperação	24
2.5	A Assistência da Enfermagem	27
3	METODOLOGIA	29
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	Elaboração da pergunta norteadora	30
3.2.1	Busca ou amostragem na literatura	30
3.2.2	Coleta de Dados	32
3.2.3	Análise crítica dos estudos incluídos	32
3.2.4	Discussão dos resultados	33
3.2.5	Apresentação da revisão integrativa da literatura	33
3.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	33
3.4	RISCOS E BENEFÍCIOS	34
3.4.1	Riscos	34
3.4.2	Benefícios	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1	Abordagem Descritiva dos Estudos	35
4.2	Fatores de Risco para Depressão em idosos	37
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	56
	ANEXO A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS URSI (2005)	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática e Objeto de Estudo

A depressão na década de 90 foi avaliada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a quarta causa específica de incapacitação social, e para o ano de 2020 a previsão é de que atingirá a segunda causa nos países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

A depressão em idosos vem aumentando ao longo dos últimos anos, e algumas características são observadas, tais como: sentimento de improdutividade, falta de atenção da família ou até mesmo o abandono, ausência de vida social, além de fatores genéticos e de personalidade (CANALE; FURLAN, 2013).

A depressão é considerada um distúrbio mental, qual atingi uma grande parte dos indivíduos em diferentes estágios da vida (CRIVELATTI, et al., 2006).

Depressão não é apenas uma tristeza passageira, diante de um fato difícil da vida. A pessoa sente uma tristeza profunda e duradoura, seguida de desânimo, apatia, desinteresse, falta de vontade de desfrutar dos prazeres da vida (MARTINS, 2016).

A pessoa com depressão não se interessa pelas atividades diárias, não dorme bem, não tem apetite, muitas vezes tem queixas vagas como fadiga, dores nas costas ou na cabeça. Aparecem pensamentos "ruins", como ideias de culpa, inutilidade, desesperança; nos casos mais graves podem ocorrer ideias de suicídio (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2014).

A depressão tem um impacto muito grande e significativo na vida do paciente e seus familiares, comprometendo os aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento (POWELL et al., 2008).

De acordo com a Organização Mundial de saúde (2012), alguns transtornos mentais têm seu início marcado na infância e pré-adolescência. Estudos recentes têm identificado a origem de muitas doenças mentais nesse período, principalmente a depressão, com alta prevalência na população adolescente, e comorbidade associadas, tais como os transtornos de ansiedade, que chegam a ser encontrados em 30% a 80% dos casos.

Segundo Ventura et al. (2017), os fatores que causam depressão não são conhecidos, mas os aspectos biológicos, psicológicos e sociais - atuando

concomitantemente, acredita-se favorecer a doença.

Os fatores biológicos, como a presença de depressão em outros membros da família podem ser considerados predisposição, quando aos fatores psicológicos e sociais, cita-se como exemplo, a perda de um ente querido ou perda de suporte social (VENTURA et al, 2017).

A pessoa com depressão há alterações no equilíbrio dos sistemas químicos do cérebro, principalmente nos neurotransmissores tais como: noradrenalina e serotonina (CANALE; FURLAN, 2013).

Para Smeltezer e Bare (2009), as pessoas portadoras de depressão costumam reagir de maneiras diferentes aos sentimentos, algumas apresentam choro constante, tristeza, agonia, desespero, dificuldades de se expressar e também alguns sintomas físicos como problemas de pele, alteração da pressão arterial, dores, entre outros.

De acordo com Martins (2008), a depressão tornou-se um problema de saúde relevante, afetando pessoas de todas as faixas etárias, com sentimento de tristeza, isolamento social, podendo culminar com um final trágico, levando seu portador a cometer suicídio.

A velhice é o último período da evolução da vida. É natural, indiscutível e inevitável. Implica um conjunto de mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas e políticas que compõem o cotidiano das pessoas que vivem nessa fase em que os idosos avaliam como foi sua vida, bem como suas perdas e ganhos (BEZERRA, et al., 2010).

No Brasil, o Censo de 2010 revelou que 11% da população têm 60 anos ou mais. Hoje, os idosos já são mais de 13% (26 milhões) dos brasileiros (IBGE, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a quantidade triplicará até 2050.

Todo ser humano em algum momento na vida pode apresentar alguns sintomas depressivos. Nos idosos, a chance desses sintomas aumentarem é ainda maior, pois eles apresentam várias limitações e perdas, e como consequência surge o sentimento de autodepreciação (ZIMERMAN, 2000).

De acordo com Morris e Maisto (2004), a depressão aumenta após a morte do cônjuge, tornando o desafio mais difícil que o idoso pode enfrentar. Para Mckenzie (1999), este é um dos dez acontecimentos mais estressantes na vida que podem levar a depressão.

O idoso com depressão apresenta sintomas como, dores crônicas, distúrbios

do sono e apetite. Dentre os sintomas psicológicos, o mais frequente é a anedonia, que é a perda da capacidade de sentir prazer e déficits cognitivos, particularmente de memória. A depressão em idosos piora a qualidade de vida, especialmente para os que permanecem não diagnosticados e sem tratamento adequado (MICHELAN, 2011).

Para Oliveira (2006), é de extrema importância ressaltar a respeito da depressão, um dos transtornos que mais afetam o idoso.

O portador de sintomas depressivos está presente nos diversos lugares, como: clínicas, hospitais, centros de saúde mental. Diante disso, os enfermeiros necessitam de conhecimentos que possam identificar os pacientes com depressão. O enfermeiro tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo de um transtorno de humor (FUREGATO, 2008).

A depressão é uma doença complexa, onde o portador tem dificuldade para entender e aceitar a enfermidade. Diante dessa complexidade e da dificuldade, a melhor forma de não adoecer é a prevenção (DEUS, 2011).

Portanto, temos como objeto de estudo a Depressão no Idoso e a assistência da Enfermagem. Diante da problemática apresentada foi levantada a seguinte questão norteadora: Qual a importância da Assistência da Enfermagem aos pacientes idosos com depressão?

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O interesse pelo estudo surgiu devido ao crescente aumento da população idosa no Brasil, com quadros depressivos, assim como pelas dificuldades que a enfermagem encontra em identificar a doença.

Com o aumento do tempo de vida do brasileiro houve também um acréscimo na utilização dos serviços de saúde, pois os idosos são indivíduos que possuem um número mais elevado para doenças crônicas e necessitam de cuidados integrais e acompanhamento constante (TREVISAN et al., 2016).

A depressão em idosos é um tema que merece atenção, pois este é um grupo que necessita de cuidados e ajuda de terceiros e embora o processo de envelhecimento seja difícil para muitos, é algo que acontece naturalmente, trazendo junto consigo algumas mudanças (BASSANI et al., 2014).

A contribuição da assistência da enfermagem no contexto deste problema é de extrema relevância para a recuperação do paciente com depressão, visto que, a prevenção deve envolver o envolvimento tanto de profissionais da saúde quanto da família do idoso (TREVISAN et al., 2016).

O interesse desta pesquisadora em dar início a este estudo emergiu diante das observações expostas sobre o tema abordado em vários momentos durante a graduação e ressalta-se a percepção da sua relevância para a saúde pública.

Desta forma, o presente estudo se justifica pela importância presente e atual deste tema na sociedade em geral, por se tratar de um problema que vem atingindo um número crescente de famílias, além da preocupação de várias entidades e organismos nacionais e internacionais em intervir de forma adequada no cuidado de idosos com depressão.

Levando em consideração a temática abordada e após um período de estágios obrigatórios e voluntários vivenciados durante a graduação, foi possível perceber que esta temática se torna fundamental para a esfera acadêmica, além de contribuir para a formação profissional, pois se trata de um tema pouco e/ou insuficientemente abordado nos espaços acadêmicos.

Espera-se com esta pesquisa poder contribuir para a reflexão sobre os impactos da depressão e suas diversas formas de manifestação nos idosos, ressaltando suas causas e fatores de risco, e de que forma e em qual contexto a enfermagem pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos envolvidos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever os fatores de risco da depressão no idoso, enfatizando as contribuições da assistência da enfermagem durante o tratamento.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as causas e sintomas da depressão no idoso;
- Destacar as contribuições do enfermeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A velhice faz parte do ciclo da vida e como toda fase, caracteriza como um processo de crescimento, com perdas e ganhos, com a possibilidade de aprendizado, crises e mudanças. Referente a perdas e danos não vivenciados apenas no próprio corpo, como também nas relações tanto emocionais e sociais, familiares e isso influencia a maneira como cada pessoa se relaciona consigo mesma e como ela se percebe ao chegar nesta fase (MEDEIROS, 2012).

O envelhecimento mundial e brasileiro é algo irredutível, inigualável e inevitável devido ao fato, como se envelhece compreende a questão dos determinantes sociais, a qual veremos mais a diante e também as formas, normal e patológico (SILVA, 2015).

Salgado (2007, p. 68) interpreta o envelhecimento da seguinte forma:

Um processo multidimensional, ou seja, resulta da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos.

Na afirmação acima, Salgado (2007) quer dizer que o envelhecimento pode ser também um fruto da sociedade na qual habitamos, ou seja, além dos fatores biológico, cronológico e psicológico o meio e as condições em que vivemos influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que chegamos à velhice. Assim, o processo de envelhecimento é influenciado também pela sociedade e pelo indivíduo.

Araldi (2008, p. 16) conclui que o envelhecimento é complexo e compreende determinadas características:

Para entender o processo de envelhecimento é necessário ter uma compreensão da totalidade e da complexidade do ser humano, pois cada aspecto seja biológico, cultural ou social não estão desconectados. Desse modo, entende-se os ciclos pelo qual o ser humano perpassa na sua existência.

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura

etária de uma população e, portanto, pode-se dizer que uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta o número de indivíduos idosos e diminui o número de indivíduos mais jovens (NASRI, 2008).

Seguindo esta lógica, o formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base mais larga, vem cedendo espaço para uma pirâmide de base mais estreita e vértice mais largo, evidenciando assim uma população mundial cada vez mais idosa (BRASIL, 2010).

A velhice é o último período da evolução da vida. É natural, indiscutível e inevitável. Implica um conjunto de mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas e políticas que compõem o cotidiano das pessoas que vivem nessa fase em que os idosos avaliam como foi sua vida, bem como suas perdas e ganhos (BEZERRA et al, 2010).

O envelhecimento é singular e seu desenvolvimento, depende de diversos fatores como o nível intelectual, educação, aprendizado contínuo e experiências socioculturais. Não há modelos atuais para este fenômeno, é algo novo em nossa cultura (GALIÁS, 2012).

Segundo a OMS (2005) até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Será, portanto, uma quantidade de 80% da população nos países em desenvolvimento. A faixa etária que mais aumenta é a de pessoas com mais de 80 anos, o que, portanto, torna relevante o estudo mais aprofundado do campo do envelhecimento, pois hoje ainda é um desafio.

No início de 2010, a população idosa no Brasil era de aproximadamente 21 milhões de habitantes, e provavelmente em 2025 o Brasil estará ocupando a sexta posição entre os países com maior número de idosos, alcançando a marca de 32 milhões de habitantes, com uma expectativa de vida de 74 anos. Essa longevidade é decorrente do declínio das taxas de mortalidade, fecundidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2010).

Lima et al. (2008) apontam que o envelhecimento pode ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de “ser velho”, condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos.

Termos como “velho”, “idoso” e “terceira idade” são agora utilizados na tentativa de se estabelecer outra relação das pessoas com esta fase da vida, em

que “velho” ou “idoso” trata-se da pessoa com 60 anos ou mais; “velhice” a última fase do desenvolvimento e “envelhecimento” o conjunto de processos e mudanças físicas, psicológicas e sociais. Hoje, portanto, é mais aceito que a população idosa tenha se desenvolvido e conquistado novas perspectivas diante das características de sua condição (SANTOS; LAGO, 2016).

Promover o bem-estar da pessoa idosa está relacionado em promoção de políticas públicas inclusivas que assegurem os direitos do idoso, criando condições para a promoção da saúde, autonomia, integração e participação social (CANEPA; CARDOSO; RICARDINO, 2014).

O envelhecimento do corpo pode trazer riscos à saúde, quanto à função, proteção e integração social. Também é preciso reconhecer que as maneiras de viver e envelhecer depende da combinação de gênero e classe social (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010).

Para se ter um aumento na expectativa de vida, é importante também que se tenha uma qualidade de vida adequada (TAVARES; ARAÚJO; DIAS, 2011).

2.2 DEPRESSÃO

A depressão é o transtorno mental relacionado ao humor e ao afeto. A depressão tem sido caracterizada como um episódio patológico no qual existe a perda de interesse, de prazer, de apetite, de sentimento de culpa, de inutilidade, de falta de energia e de pensamento de morte (FUREGATO, 2008).

A depressão é um processo tão antigo quanto a própria vida, que clama pela elaboração simbólica como estratégia de individuação em alcançar como resultado a transformação existencial. Envolve o transito da experiência entre a morte simbólica de aspectos negativos do Ego e seu renascimento proporcionando a transformação da personalidade e da vida. É um símbolo de importância essencial para o equilíbrio e a criatividade, tem sua função estruturante e emerge da interação consciente-inconsciente, individual-coletivo, saúde-doença, cérebro-psique que participam da função transcendente mencionada por Jung (LAUREIRO, 2009 citado por SALMAZO, 2014, p. 8).

A depressão é comum, afetando cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro, sendo a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados. Estima-se

que uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão (OMS, 2009).

A depressão está entre as principais doenças mentais que atingem os indivíduos senis. Quase sempre a depressão no idoso está por trás de outras doenças próprias da idade, como mal de Parkinson, Diabetes, Alzheimer ou uso de medicamentos anti-hipertensivos, entre outros (RODRIGUES, 2005).

Cordeiro (2002) afirma que é possível isolar um conjunto de fatores associados à depressão, entre eles, podemos ressaltar os seguintes: a incidência maior no sexo feminino, as mulheres casadas, homens vivendo sozinhos, idade compreendida entre 20 e 40 anos, perdas parentais antes da adolescência, depressão na história familiar, puerpério, ausência de um confidente, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana.

A depressão também pode afetar as funções do corpo além de efeitos sobre o comportamento, alguns dos quais são, interferência nas chances de sucesso no aprendizado e no trabalho, aumento da possibilidade de ter filhos problemáticos, dependência nicotínica, alcoolismo e suicídio (NEDLEY, 2010).

Para Beltran (2009) a depressão aparece através de imagens e símbolos que atacam ou colocam em risco a integridade do personagem central. São exemplos uma onda gigante, sombras, fantasmas, cemitérios, aranhas venenosas, um homem negro, etc. Se não se apresentam desta maneira, aparecem como o núcleo central das preocupações, como a perda ou abandono afetivo, carências ou temores, inserções em contextos de vulnerabilidade, submissão a dinâmicas de ser explorado emocionalmente ou de ser maltratado pelas figuras próximas e mais relevantes para o sujeito.

Os sintomas depressivos são inúmeros, e para se chegar a tal diagnóstico é necessário haver um grupo de sintomas centrais como apatia (indiferença afetiva), sentimento de tédio, humor deprimido, sentimento de pesar ou fracasso, alterações do sono e do apetite, dificuldade de concentração, perda de energia, lentificação das atividades físicas e mentais e anedônia (diminuição ou perda do interesse pela vida). (BALLONE, 2006).

Os sintomas depressivos são divididos em duas classes: somáticos e psicológicos.

Os sintomas somáticos ocorrem com maior frequência, apesar de serem mais inespecíficos, ou seja, mais difíceis de distinguir. Já os sintomas psicológicos-

mais fáceis de achar – são divididos em sintomas disfóricos – ou de humor – e sintomas de motivação (GUARIENTE, 2006).

Segundo Guariente (2006), o autor os sintomas disfóricos ocorrem com maior prevalência e tem maior relação com o diagnóstico depressivo. Os sintomas de motivação, apesar de também prevalentes nem sempre se encaixam no quadro depressivo, devido aos critérios padronizados atuais.

Já os sintomas corporais mais corriqueiros são arritmia cardíaca, dificuldades para ingerir alimentos, dor de cabeça intensa. São comuns períodos de melhora e piora criando a falsa impressão ao paciente de que ele está melhorando sozinho, o que faz com que muitos parem de tomar o remédio (CLARO, 2002).

2.3 Depressão no Idoso

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (WHO, 2005). Com o aumento da expectativa de vida da população é necessário que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, realizem a promoção da qualidade de vida desta clientela (CANEPA; CARDOSO; RICARDINO, 2014).

Em décadas anteriores costumava-se dizer que o Brasil era um "país jovem", pois boa parte de sua população tinha menos de 30 anos de idade. No entanto, uma rápida mudança vem ocorrendo nos últimos anos, tanto no Brasil, como no mundo em geral (GONÇALVES et al., 2008).

O numero de idosos (pessoas acima de 65 anos de idade, a chamada terceira idade) vem crescendo rapidamente na população. No Brasil havia cerca de 10 milhões em 1990 e esse numero deve chegar a 15 milhões no ano 2000 e 34 milhões em 2025 (OMS, 2005).

O idoso é vítima de inúmeros preconceitos estabelecidos pela sociedade, além disso, a incapacidade de realizar algumas tarefas que antes lhes eram atribuídas causa muita dependência física e muitas vezes financeira. Visto que, a maioria dos idosos possui uma ou mais doenças crônicas, o que dificulta ainda mais uma boa interação com a sociedade. A depressão uma patologia neuropsiquiátrica sendo uma doença crônico-degenerativa o que agrava ainda mais esses fatores. (BRITO; LITVOC, 2004).

A depressão é caracterizada através de sinais (que é o que pode ser visto), e

por meio de sintomas (o que é sentido pela pessoa) (GUARIENTE, 2006).

Destacam-se diferentes tipos de depressão mais frequentes em idosos, a saber: Depressão-atípica que é presente em pacientes que apresentam ganho de peso e letargia extrema. Apesar de ir a médicos, os pacientes acreditam que nenhum deles consegue descobrir a causa de seus problemas; Depressão-psicótica que associa-se à marcada paranoia, delírios congruentes com o humor, alucinações auditivas e visuais. É necessário fazer um tratamento rápido, pelo risco de suicídio; Depressão-somatização, conhecida como depressão mascarada, caracteriza-se por queixas de dor não justificada fisicamente, plenitude, perda da libido, anorexia, insônia; Distímia ou depressão menor que é a depressão crônica de humor que tem início de forma astuciosa, permanecendo pelo mínimo de 2 anos, onde o indivíduo dificilmente está contente, sente-se cansado e deprimido sem nenhum motivo aparente na maior parte do tempo. O indivíduo com distímia sempre está à busca de algo que não existe, necessitando que lhe mostrem que está fantasiando; Transtorno afetivo bipolar que em algumas ocasiões há elevação de humor e aumento de energia, e em outras há rebaixamento de humor e diminuição de energia. A duração do transtorno dura entre duas semanas e 4 meses; Transtorno depressivo causado por outras doenças: pode ocorrer devido a condições médicas como hiper ou hipotireoidismo, tuberculose, câncer, AIDS entre outras; Transtorno depressivo induzido por substância: depressões que vem de uso de substâncias químicas como sedativos e anticoncepcionais orais até álcool e cocaína (MORAES et al., 2016).

A depressão também pode se dar por algum evento que tenha ocorrido, como o luto, que pode ocorrer quando há morte de algum ente querido, ou quando o indivíduo perde alguma coisa representativa, como uma crença ou objeto estimado; ou através de um estado depressivo passageiro, que ocorre quando o indivíduo é frustrado por causa de um objetivo não alcançado (ZIMERMAN, 2005). A depressão pode ser desencadeada por fatores psicológicos, orgânicos e sociais. A intensidade dos conflitos psíquicos e a durabilidades destes é o que determina a real gravidade de depressão (GUARIENTE, 2006).

No aspecto dos fatores sociais, a depressão é desencadeada devido a situações traumáticas que o idoso vivencia, como a morte de um ente querido, a síndrome do ninho vazio ou a falta de convívio social (SANTOS; JESUS; NAVARRO, 2012).

Os fatores orgânicos são causados pelo uso de alguns medicamentos, ou ainda, devido a alterações hormonais. A presença de doenças crônicas também leva o idoso a ficar depressivo. O idoso demonstra apatia, lentidão ou agitação motora e os fatores psicológicos são evidenciados pelo choro persistente, negativismo, desesperança, aqui o indivíduo perde a vontade de fazer o que mais gosta (SANTOS; JESUS; NAVARRO, 2012).

A depressão está entre as principais doenças mentais que acometem os idosos, pois segundo dados da cerca de 15% dos idosos apresentem alguns sintomas depressivos e cerca de 2% tenham depressão grave (LOUZÃ, 2007).

Paradela (2011) retrata que os eventos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes, dores crônicas e estar vivendo sozinho são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos.

Para Medeiros (2010) a incidência de depressão nas pessoas idosas aumenta com o desenvolvimento das doenças, especialmente o câncer, o enfarto do miocárdio e problemas neurológicos. De acordo com a autora, os índices de suicídio na população idosa são praticamente o dobro dos que se verificam em outras faixas etárias, o que pode ser explicado pelas tentativas de suicídio serem mais eficazes nesse grupo.

A depressão em idosos é considerada um dos principais problemas de saúde pública; é a doença que leva ao sofrimento emocional, à redução da qualidade de vida e ao suicídio e é a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade (NERI & BATISTONI, 2012).

O quadro depressivo pode emergir durante a fase de envelhecimento, em função, em grande parte, dos acontecimentos que atingem a terceira idade e que podem causar um desgaste emocional muito intenso para a pessoa, apesar disso é equivocado pensar que a depressão é um aspecto normal da velhice, pois nesta etapa consegue-se ser feliz e viver satisfatoriamente nesta etapa da vida (JÚNIOR; GOMES, 2014).

Baltes e Smith (2006) observaram de que a grande maioria dos idosos apresenta um grande nível de comprometimento funcional, dependência e solidão. Portanto os autores afirmam que o envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e contratação de geral no desenvolvimento.

Analisando estudos acadêmicos e opiniões de profissionais da área, pode-se dizer que a depressão é um dos problemas mais comuns e também um dos mais

graves que vêm sendo vivenciados por uma parcela significativa da população mundial, gerando sérias implicações que podem afetar os relacionamentos pessoais, profissionais e conseqüentemente levar à solidão (SOARES, 2011).

Esta patologia possui episódios de longa duração, causando prejuízo psicossocial e físico, e em alguns casos, alto risco de suicídio.

A palavra depressão origina-se do latim e é composta de duas outras palavras: “de” (baixar) e “premere” (pressionar), isto é, “deprimere” que, literalmente, significa “pressionar para baixo” (COUTINHO & SALDANHA, 2005 apud VIEIRA, 2008, p. 27).

Para Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice.

O suicídio é uma das consequências mais graves da depressão. De acordo com Shikida, Gazzí e Araujo (2006, p. 4) os fatores de risco para o suicídio são vários, mas dentre eles destacam-se como principais: Saúde mental (desordens de humor, como a depressão); Saúde mental associada ao abuso de substâncias como drogas e álcool; História familiar de suicídio; Perda (relacionamentos, saúde, identidade); Eventos de muito estresse (Pressão, abuso sexual e/ou corporal, instabilidade familiar, mudanças sociais, etc.); Acessibilidade a métodos letais como armas de fogo; Exposição ao suicídio (familiares ou amigos); Problemas legais (prisão) e Conflito de identidade sexual.

Sendo assim, o que é visto como última causa do suicídio cometido pode ser o acúmulo de todos esses fatores. É possível dizer que o suicida está tentando fugir de uma situação de sofrimento que, para ele, está insuportável; pode também estar relacionado ao medo de enlouquecer, de não conseguir realizar seus objetivos, somando à angústia, uma desesperança, uma tristeza incomensurável, uma melancolia, onde não vê mais nada que faça valer a pena viver (SILVA & BOEMER, 2004).

Barbosa, Macedo e Silveira afirmam que no Brasil, 24 pessoas se suicidam por dia, sendo que essa informação acaba por ser não divulgada. Deste modo, o impacto do suicídio é camuflado pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que excedem em seis e quatro vezes, em média e simultaneamente, o número de suicídios (CHACHAMOVICH et al ., 2009).

Esses fatos ocorrem geralmente no momento possivelmente em que a patologia permaneceu sem tratamento. Um indivíduo com uma tentativa de suicídio prévia com dificuldades na resolução de problemas e déficit nos mecanismos, pode tornar-se num sujeito com múltiplas tentativas de suicídio ou até mesmo ir a morte de fato, caso não ocorra as intervenções adequadas (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo, Figueiredo e Mangas (2016), o paciente idoso só deve ser internado quando houver o risco de cometer suicídio ou homicídio, se faz uso de substância grave ou ainda se este não colaborar com o tratamento, seja na terapia ou deixando de tomar o remédio, acompanhado de desequilíbrio emocional.

A família deve sempre estar atenta ao risco de suicídio. Caso perceba frases muito melancólicas do tipo “se eu morresse seria bem melhor para toda a família” ou “minha vida não tem mais sentido” o familiar deve imediatamente procurar algum tipo de ajuda médica; assim como remover materiais que representem perigo ao paciente (como álcool, armas, facas e medicamentos) (BATISTA e SANTOS, 2014).

Caso ocorra o suicídio, a família pode sofrer de grande culpa por ter sido alertada sobre essa possibilidade e não ter feito “nada”. Muitos parentes passam a sentir raiva do clínico, culpando-o por não ter impedido tal ato (NUNES et al., 2016).

2.4 PAPEL DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO

Em 2002, o impacto do suicídio nos sistemas de saúde representava 1,8% do total de custos com doenças no mundo, sendo que para 2020 estima-se um aumento para 2,4% (FREITAS; BORGES, 2014 citado por NUNES et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas (OMS, 2000). Ainda existem aqueles que após uma tentativa de suicídio desenvolvem sequelas, problemas físicos ou psicológicos.

Toda a família é afetada quando um membro da família encontra-se deprimido, pois com as mudanças no comportamento e humor do indivíduo, torna-se difícil o processo de interação do grupo, o que acaba por induzir o grupo familiar em seu todo a sofrer as consequências da doença e consequentemente procurarem ajuda médica/terapeuta para o indivíduo que se encontra doente (FIGUEIREDO et al., 2015).

A importância da família no processo de diagnóstico e no tratamento do

indivíduo com depressão, agindo em conjunto com os profissionais de saúde para o sucesso do tratamento deve estar aberto para que quando necessário, venham os seus demais membros a saírem do papel de acompanhantes do doente e passem a condição de co-pacientes através da realização de uma terapia da família, visto que em muitos casos para a cura do paciente torna-se necessário a cura da família.

A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um papel muito importante no funcionamento e na dinâmica familiar, uma vez que as pessoas estão interconectadas e são dependentes umas das outras.

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que "cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida" (MS, 2008).

O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso, na família onde se predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração e isso ajuda para o bem estar do idoso. Em famílias onde há desarmonia, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos, o idoso torna-se isolado socialmente e com medo de cometer erros e ser punidos (MENDES et al., 2005).

Segundo Kubler-ross (2004, apud MORRIS; MAISTO) às vezes, os parentes não são capazes de oferecer muito apoio aos idosos à medida que esses envelhecem, seja por viverem muito distante, por serem incapazes de lidar com a dor de ver outra pessoa querida envelhecer/morrer ou pelo medo que eles próprios têm. Por isso é importante a família ter paciência com os idosos e conhecimento sobre as doenças que atingem a terceira idade, bem como a depressão.

Para Blazzer (2003) o surgimento da depressão no idoso acaba causando uma reviravolta na família. O familiar então passa a exercer um papel diante da família, papel esse que antes não era dele. Muitos familiares tendem a ajudar a família, dandolhes suporte e apresentando-lhes soluções para lidar com a nova realidade. Infelizmente, nem todos conseguem esse feito. Muitos familiares assumem papéis que perpetuem os sintomas depressivos no idoso. Esses papéis são classificados

em:

- Administrador: É o típico familiar que assume toda a família durante o período de crise do idoso, sendo na maioria das vezes o filho mais velho. Por ser calmo e frio, não consegue proporcionar apoio emocional ao doente. Frequentemente vive distante dos parentes que estão mais envolvidos com os cuidados do paciente;
- Escapista: Geralmente nas famílias em que há um idoso depressivo há um familiar escapista, que é o filho (a) que mora longe e não dá apoio ao paciente. Costuma ser acusado pelos demais familiares de não se preocupar com a saúde do idoso, e se recusa a voltar para a família quando esta enfrenta o problema;
- Facilitador: Este tipo de familiar (geralmente o filho mais jovem) resiste à obediência médica e coloca muitos obstáculos em relação a uma intervenção terapêutica no idoso. Acredita (inconscientemente ou não) que a família está bem com o idoso doente, facilitando assim a não cura da doença;
- Cuidador: É aquele que necessita cuidar dos doentes. Recusando-se até a sair de casa para ter um momento de lazer, fica a maior parte do tempo com o idoso. Quando o idoso morre, esse familiar entra em prolongado luto, sentindo um enorme vazio;
- Paciente: O paciente idoso é identificado como aquele que precipitou a crise familiar e acarretou um grande gasto físico dos outros familiares;
- Vítima: É o familiar que percebe a doença do idoso como sendo um ataque direto a si mesmo, criticando o médico por não ver significativa melhora. Este é o papel do (a) cônjuge.

É durante o envelhecimento que o idoso não impede que transpareça suas necessidades de mais atenção, carinho e amor e, em consequência, sua necessidade de passar mais tempo com a família aumenta. A família deve apoiá-lo em momentos difíceis, assim como seus amigos e companheiros, pois os laços afetivos são essenciais para manter equilibrado e sentir-se bem. A família propicia os aportes afetivos necessários ao desenvolvimento de seus componentes, tornando-se um espaço indispensável para a sobrevivência e proteção dos idosos e espaço privilegiado para absorção dos valores éticos e humanitários e aprofundamento dos laços de solidariedade.

Vale destacar que a família é o suporte que traz mais benefícios para manter a saúde física e mental do idoso. O ambiente familiar pode influenciar no comportamento e nas características do idoso. Por isso, é importante que a família

ofereça um ambiente saudável, livre de conflitos e que permita que o idoso participe das decisões do grupo familiar ao qual faz parte.

2.5 A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM

Para enfermagem, o cuidado vai além do embasamento teórico, envolve o cuidar humanizado, considerando aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso.

O papel do enfermeiro ao acompanhar o idoso depressivo não se baseia apenas em esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, mas em ouvi-lo, compreendê-lo e realizar orientações de maneira simples e sem rodeio de modo a facilitar sua compreensão. Os familiares e cuidadores também devem ser orientados acerca dos cuidados direcionados ao idoso.

Geralmente, é comum que o enfermeiro encontre dificuldades em diferenciar os sintomas depressivos, devido às modificações que o envelhecimento traz consigo e à complexidade da depressão. Por essa razão, é fundamental que o profissional possua conhecimento dos processos de senescência e senilidade e, ao mesmo tempo, incentive o idoso a adotar o autocuidado.

O enfermeiro quando se deparar com pacientes idosos depressivos, deve ter em mente que o tratamento da depressão, de maneira geral é também a dos idosos, inclui obrigatoriamente duas abordagens igualmente importantes e complementares: a abordagem farmacológica (RIEMANN, 2007).

A assistência de enfermagem, por sua vez, é uma ação prática, e de acordo com a demanda da clientela pode também ser reconhecida por uma dimensão não apenas biológica. Assim, a pessoa percebe suas necessidades demandando um tipo de ação de saúde que provoca satisfação em suas expectativas. Com este entendimento, os reflexos da assistência e do cuidado de enfermagem podem ser analisados entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento a suas necessidades de saúde (ZOBOLI, 2007).

O profissional de enfermagem tem grande importância no auxílio diagnóstico dessa enfermidade pelo conhecimento dos principais sinais e sintomas da doença, a falta desse conhecimento atualizado desse profissional é um dos fatores responsáveis pela deficiência na identificação e no cuidado de enfermagem aos pacientes deprimidos (CANDIDO, M. C. F. S; FUREGATO, A. R. F, 2008).

O enfermeiro é responsável pela alimentação do paciente na mesma

proporção em que é responsável pela terapia medicamentosa, dessa forma observa e questionar o paciente quanto aos hábitos alimentares, aceitação e tolerância da dieta, além de verificar os dados antropométricos e sinais de má nutrição fazem parte da rotina dos estudos de enfermagem normalmente os cuidados alimentares são compreendidos pelos pacientes como uma atribuição exclusiva da equipe de nutrição (LIMA et al.,2014).

O enfermeiro pode contribuir para a melhora do idoso com depressão, identificando os fatores que estão associados à menor autonomia e desenvolvendo ações grupais em conjunto com o idoso e seus familiares, buscando incentivar a expressão de desejos e a capacidade de decisão nessa etapa da vida (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Para viera (2014) ao promover ações educativas, o enfermeiro deve priorizar a busca de implementações de estratégias novas, permitindo a apreensão do idoso e de seus cuidadores em adquirir novos conhecimentos e assim com os novos conhecimentos atentar-se para promoção de mudanças no processo de viver para melhorar a saúde e a qualidade de vida.

O enfermeiro é aquele que esta mais próximo para estabelecer um relacionamento onde a prática do cuidado seja mais adequada tendo como a essência do cuidado a humanização que o acompanha. O enfermeiro é de suma importância, é ele quem vai efetivar a relação enfermeiro-paciente-família, capacitando para a importância e responsabilidade do idoso. Em relação aos enfermeiros, os mesmo devem oferecer ao idoso e sua família uma assistência humanizada com vista á promoção á saúde e a orientação, ao acompanhante e ao apoio. Identificando e avaliando suas necessidades para melhores condições de saúde, minimizando perdas e limitações (KLAKONSKI et al.,2015).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tratar-se-á de um estudo de cunho descritivo, com abordagem qualitativa e uma pesquisa do tipo bibliográfica por meio do método de Revisão integrativa da literatura (RIL) sendo que a revisão integrativa da literatura permite informações que possibilitam os leitores avaliarem a relevância dos procedimentos utilizados na elaboração da RIL (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2010).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Serão inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas estão na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. (GIL, 2015, p. 3).

Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

A revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos na prática (SILVEIRA, 2005).

Esse método é um instrumento da prática baseada em evidências, a qual consiste em uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência, envolve, pois a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente (GALVÃO, 2004).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos como: definições de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas

metodológicos de um tópico particular, A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexo, teorias ou problemas de saúde relevantes para a área da saúde (CARVALHO, et al., 2010).

A revisão integrativa da literatura pode ainda ser definida como um método em que pesquisa anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das pesquisas avaliadas, a qual possibilita síntese e análise do conhecimento científico já produzido do tema investigado (URSI,2005).

Para Ganong (1987), a RIL deve ser realizada em seis fases: 1º a elaboração da pergunta norteadora; 2º a busca ou amostragem na literatura; 3º a coleta de dados; 4º a análise crítica dos estudos incluídos; 5º a discussão dos resultados; 6º apresentação da revisão integrativa.

3.2 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Baseado na problemática apresentada e o objeto de estudo a pesquisa tem como questões norteadoras.

- Qual a importância da Assistência da Enfermagem aos pacientes idosos com depressão?

3.2.1 BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA

Foi realizada uma busca eletrônica em base de dados localizados em sites especializados em saúde de enfermagem, a saber: BVS (Biblioteca Virtual de saúde) É um centro especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério da Saúde.

SCIELO (Scientific Library Online) É uma base de dados eletrônica que abrange uma coleção de periódicos científicos brasileiros.

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde)- Base de dados cooperativos do sistema BIREME, compreendendo 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados, também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como tese. Monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações

governamentais e de organização internacionais regionais.

Os descritores utilizados neste estudo, obtidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) foram: “Depressão”, “Idoso”, “Envelhecimento”, “Transtorno Neuróticos e “Saúde Mental”.

De acordo com o DeCS, “**Depressão**” é um estado depressivo, geralmente de intensidade moderada, quando comparados a depressão maior, presentes no transtorno neuróticos e psicóticos.

De acordo com o DeCS “**Idoso**” se refere a uma pessoa de 65 a 79 anos de idade. Enquanto o “**Envelhecimento**” são mudanças graduais irreversíveis na estrutura e funcionamento de um organismo que ocorre com resultado da passagem do tempo.

No descritor “**Transtorno Neurótico**” é um transtorno cujos sintomas trazem sofrimentos para o indivíduo e são reconhecidos por ele, com sendo inaceitáveis. As relações sociais podem ser imensamente afetadas, mais geralmente permanecem dentro de limites aceitáveis. O transtorno é relativamente duradouro e recorrente se não for tratado.

Ainda segundo o DeCS, “Saúde Mental” é o estado de bem estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. É mais do que ausência mental.

Após a escolha dos descritores, delimitaram-se os critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios de inclusão para a escolha dos artigos revisados foram:

- Artigos publicados em língua português;
- Artigos completos;
- Artigos escritos no período de 2013 a 2017;
- Pesquisas que estejam disponíveis na íntegra e online.

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos que não estavam publicados em língua portuguesa;
- Artigos que não tinham texto completo;
- Artigos que não foram escritos no período de 2001 a 2015;
- Pesquisas que não estivessem disponíveis na íntegra e online.

Os artigos foram coletados no período de abril a junho de 2016

Ao utilizar o descritor “**Depressão**”, foram encontradas 9.073 publicações, sendo 20.588 de **Saúde Mental**.

3.2.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através do Formulário de Ursi, validado em 2005(ANEXO).

Segundo Mendes; Silveira; Galvão (2010) os registros devem conter informações relacionadas ao sujeito da pesquisa, objetivo, abordagem metodológica, principais resultados e conclusões de cada estudo. Nesta pesquisa foram coletadas informações relativas a:

- Identificação do autor quanto à formação e titulação;
- Identificação dos artigos quanto ao ano de publicação, título e periódico;
- Identificação do sujeito da pesquisa;
- Identificar os objetivos propostos;
- Metodologia quanto ao tipo de estudo, população e amostra, local do estudo e técnica de coleta de dados;
- Principais resultados encontrados nos artigos;
- Conclusão de cada artigo.

3.2.3 Análise crítica dos estudos incluídos

Para realizar a análise dos dados foi utilizado Bardin. Segundo Bardin(2009) este tipo de análise é um conjunto de técnicas que consiste para descobrir os núcleos que compõem a comunicação por meio de uma descrição objetiva e analítica.

As etapas das técnicas propostas por Bardin (2006) são organizadas em 3 fases:

- 1) Pré-Análise;
- 2) Exploração do Material;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-analítica, é desenvolvida para sistematiza as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a

interpretação das informações coletadas. Nesta fase compreende a leitura geral do material para análise, no caso de análise de entrevistas, deverão estar transcritas efetuando a organização do material a ser investigado. A sistematização serve para conduzir as operações sucessivas de análise. Nesta fase compreende: Leitura flutuante, Escolha de documentos, Formulação das hipóteses e objetivos e Elaboração de indicadores.

A segunda fase é exploração do material que consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (1977), define codificação como transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

A terceira fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos do todo o material coletados (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram diferentes.

3.2.4 Discussão dos resultados

Após a análise dos dados foi discutido sobre os resultados que serão descrito minuciosamente nos tópicos “Resultados e Discussões”. Segundo essa fase da discussão dos dados é o momento da construção das inferências e os achados serão corroborados com base em referências que também discutem o tema em estudo (TEIXEIRA, et al., 2013).

3.2.5 Apresentação da revisão integrativa da literatura

Nesta fase as pesquisadoras apresentam a Revisão Integrativa da Literatura.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa não foi submetido á aprovação do comitê de ética em pesquisa por se tratar de uma Revisão Integrativa da Literatura.

3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

3.4.1 Riscos

Ainda que seja mínima, toda e qualquer pesquisa oferece riscos. O estudo poderá trazer como riscos, compartilhamentos indevido dos estados, interpretações e discursões ambivalentes. Porém, serão amenizados, pois serão analisados criteriosamente os dados.

3.4.2 Benefícios

O estudo poderá trazer como benefício discursões e avaliações posteriores a cerca da importância do enfermeiro na assistência ao idoso com depressão. Bem como, compreender como deve ser a qualidade do atendimento e da assistência enfermagem dada ao idoso com depressão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ABORDAGEM DESCRITIVA DOS ESTUDOS

O cruzamento dos descritores resultou em duzentos e vinte e quatro (224) estudos no período compreendido entre 2013 e 2017. Os trabalhos pré-selecionados foram sistematizados de acordo com as bases e seleção de acordo com os títulos relacionados ao tema de interesse, totalizando cento e trinta e quatro (134) artigos. Dessa forma, foram obtidas trinta e nove (39) produções na Base Lilacs, vinte e oito (28) Scielo, quarenta e cinco (45) Medline e, vinte e dois (22) na Base BDEF.

Após a leitura dos resumos das 134 publicações, quarenta e nove (49) artigos foram excluídos por estarem repetidas nas Bases de Dados; considerando os oitenta e cinco (85) artigos restantes, sessenta e dois (62) foram excluídas por não estarem relacionadas à temática abordada e/ou por se tratar de revisão da literatura, restando vinte e três (23) artigos. Após uma leitura minuciosa das publicações, na íntegra, dezesseis (16) compuseram o banco de dados para análise e discussão, pois respondem às questões de pesquisa (figura 1). Os artigos selecionados foram caracterizados no Quadro 1, segundo a base de dados, ano de publicação, título e autores.

Figura 1: Fluxograma dos artigos selecionados na Revisão Integrativa da Literatura

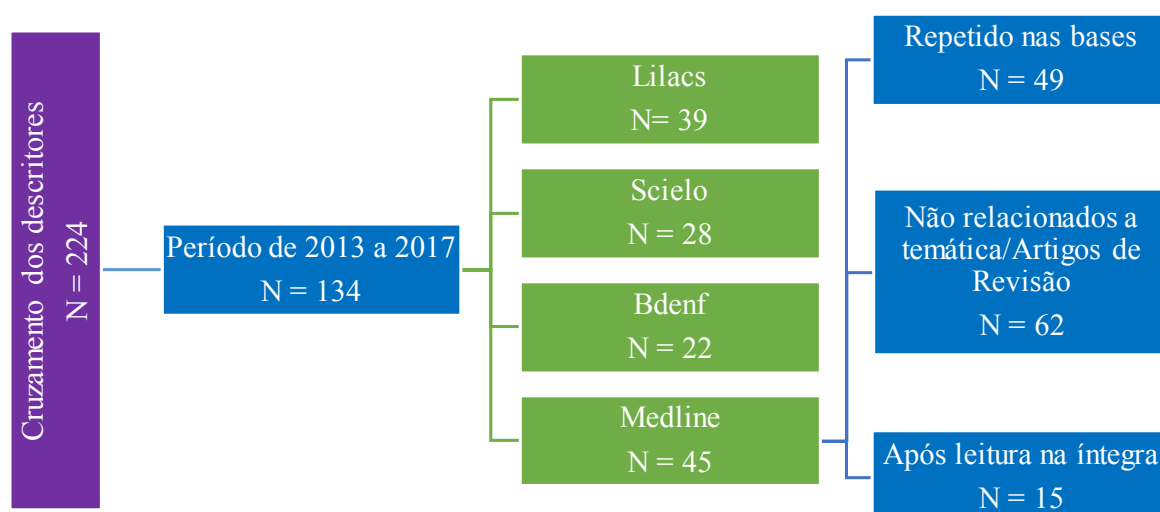


Tabela 1 - Caracterização dos artigos de acordo com base de dados, ano de publicação, título e autores.

Nº	PERIÓDICO	TÍTULO	AUTOR	ANO
1	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: estudo de base populacional	Anne Christie Timm González	2016
2	Ciência e Saúde Coletiva	Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional	Natália Hellwig	2016
3	Revista Faculdade Montes Belos	Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás	Bruna Silva de Moraes	2016
4	Fisioterapia e Movimento	Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos.	Vânia Ferreira de Figueiredo	2013
5	Revista Saúde Pública	Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre.	Eduardo Lopes Nogueira	2014
6	Saúde e Pesquisa	Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados	Camila Costa	2017
7	Revista Ibero-Americana De Salud Y Envejecimiento	Conhecendo os sintomas depressivos no idoso: um estudo transversal	Samilla Gonçalves de Moura	2016
8	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência	Rachel Cohen	2015
9	Jornal brasileiro de psiquiatria	Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos	Amanda Ramalho Silva	2017
10	Saúde e Pesquisa	Qualidade de vida e indicativos de depressão em idosos praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade da cidade de Maringá (PR)	Fellipe Biazin Gonçalves	2015
11	Revista Eletrônica de Enfermagem	Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de	Leiner Resende Rodrigues	2014

Nº	PERIÓDICO		TÍTULO	AUTOR	ANO
12	Fisioterapia e Movimento		depressão Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas.	Hugo Leonardo Prata	2011
13	Acta Enfermagem	Paul	Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados	Márcia Carréra Campos Leal	2014
14	Revista Pública	Saúde	Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Floripa.	Lucélia Justino Borges	2013
15	Revista Baiana de Saúde Pública		Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de mato grosso	Maria Aparecida Souza Oliveira Almeida	2015

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

4.2 FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO EM IDOSOS

A análise dos artigos relacionados ao tema gerou as atribuições agrupadas no fluxograma (figura 1). Os fatores de risco identificados nos estudos levantados enquanto relacionados a presença de depressão em idosos foram organizados nas seguintes dimensões de manifestação: física e social, conforme apresentado no fluxograma.

Figura 2: Descrição dos principais fatores de risco associados a presença de depressão em idosos, segundo a literatura pesquisada.



Tabela 2 - Caracterização dos artigos de acordo com objetivos, população, amostra e local de estudo.

Nº	Objetivos	População	Amostra	Local do Estudo
1	Avaliar a prevalência de transtornos depressivos e fatores associados em uma amostra de idosos no Sul de Santa Catarina	Idosos entre 60 e 79 anos	1021	Santa Catarina
2	medir a prevalência e identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos	Idosos com mais de 60 anos	1451	Pelotas
3	analisar os sintomas específicos da depressão associado ao abandono nos municípios de Firminópolis e São Luís dos Montes Belos envolvendo os idosos institucionalizados	57 idosos residentes nos ILPI	21	Goiás
4	Verificar a prevalência de dor lombar (DL) não específica em uma amostra de idosos da comunidade e determinar a correlação existente entre as variáveis: sexo, índice de massa corpórea (IMC), incapacidade funcional e sintomas depressivos.	Idosos da comunidade	54	Minas Gerais
5	Analisar a prevalência de depressão em idosos e os fatores associados	900	621	Porto Alegre
6	comparar o risco de quedas, indicativos de depressão e mobilidade na marcha de idosos institucionalizados e idosos frequentadores de um centro de convivência	Idosos de ambos os sexos institucionalizados (ILPI) e frequentadores de um centro de convivência (CCI)	26	Paraná
7	Investigou os sintomas depressivos em idosos	Idosos da Instituição de Longa Permanência para Idosos	30	Paraíba
8	Estimar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no	Indivíduos com idade igual ou superior a 60	96	Porto Alegre

Nº	Objetivos	População	Amostra	Local do Estudo
	Serviço de Emergência do Hospital	anos		
9	Investigar a associação das doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos com sintomas de depressão em idosos	Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família	1391	Porto Alegre
10	avaliar a qualidade de vida e os indicativos de depressão de idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade	Idosas com idades entre 60 e 80 anos	41	Paraná
11	comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas e percepção de saúde de 374 idosos residentes na zona rural, divididos em dois grupos: 187 com indicativo de depressão e 187 sem indicativo	Idosos residentes na zona rural	374	Uberaba
12	Verificar a associação entre estados depressivos e número de quedas	Idosas pertencentes ao Projeto Prev-Quedas.	84	Rio de Janeiro
13	Conhecer a prevalência da sintomatologia depressiva e fatores associados em idosos institucionalizados	Idosos brasileiros e idosos portugueses	553	Recife
14	a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos.	Idosos residentes em Florianópolis	1656	Florianópolis
15	Identificar os fatores de risco para depressão em idosos	Idosos pertencentes a uma Estratégia Saúde da Família	30	Mato Grosso

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Em González et al. (2016), cujo finalidade era estimar a prevalência de transtornos depressivos e fatores associados em uma amostra de idosos no Sul de Santa Catarina, os resultados apontaram que 26,2% dos idosos participantes da pesquisa apresentaram depressão. Os fatores fundamentais para o risco de depressão foram: maior tempo de estudo, sexo masculino, possuir histórico ou relato

de hipertensão arterial e tabagismo atual ou passado.

Segundo González et al. (2016), os dados confirmam que diagnósticos de depressão em idosos são fenômenos frequentes e acometem uma parcela significativa de idosos. Além disso, o autor ressalta que a ocorrência expressiva de casos de depressão na população investigada pode estar associada à ausência de diagnóstico ou tratamento corretos de transtornos depressivos.

No que refere aos sintomas de depressão, a pesquisa de González et al. (2016) mostrou que há frequência de alteração no sono, alteração no apetite e sintomas psicológicos como tristeza e ansiedade nos idosos com quadro de depressão.

Os sintomas depressivos entre idosos e adultos jovens podem ser análogos, entretanto, no idoso, a descrição de sintomas somáticos, como agitação no sono e alteração no apetite, é mais acentuada do que sintomas psicológicos e causa mais a perda da capacidade de sentir prazer, próprio dos estados gravemente depressivos, do que tristeza e prejuízos cognitivos.

No estudo transversal realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2014, com o objetivo de medir a prevalência e identificar os fatores associados aos sintomas depressivos em idosos, Hellwig, Munhoz e Tomasi (2016) mostraram que prevalência dos sintomas depressivos foi de 15,2% nos idosos estudados. A ocorrência de sintomas depressivos foi maior entre as mulheres, os idosos de pior situação econômica, aqueles que não trabalhavam, os fisicamente inativos, aqueles com pior autoavaliação de saúde e naqueles com incapacidade funcional, de forma que o estudo concluiu que estes são os principais fatores de risco para depressão em idosos.

O idoso se sujeita obrigatoriamente a estressores psicológicos e sociais como em nenhuma outra faixa etária, deparando-se em pior situação financeira após aposentadoria, o que implica em condições inadequadas de moradia e declínio social.

Na opinião de Hellwig, Munhoz e Tomasi (2016), maior atenção deve ser direcionada ao diagnóstico de sintomas depressivos em idosos e reconhecimento dos fatores de risco relacionados à doença, visando fundamentar políticas e planejamentos de intervenções para tratamento e manejo desta doença em nível coletivo.

A autopercepção de saúde pode representar uma assimilação de mudanças

biológicas e fisiológicas agudas que induzem a entender a própria saúde ou de modo mais positivo ou negativamente, podendo simular melhor o estado de saúde do que grandezas práticas.

Além disso, a percepção do estado de saúde mental dos idosos e seus fatores relacionados podem colaborar com informações para a idealização de ações de prevenção e políticas de cuidado que pretendam contribuir para o envelhecimento saudável.

Na pesquisa de Moraes et al. (2016), realizada nos municípios de Firminópolis e São Luís dos Montes Belos, com o objetivo de analisar os sintomas específicos da depressão associado ao abandono, verificou-se que 80% dos idosos entrevistados apresentaram alguma sintoma depressivo, sendo a maioria (83%) homens.

Moraes et al. (2016) mostrou que todos os indivíduos que apresentaram depressão grave estavam na faixa de 60 a 64 anos, representando 14% dos idosos nesta faixa etária. Assim sendo, o total de idosos deprimidos de 60 a 64 anos foi de 36%.

Os resultados de Moraes et al. (2016) destacaram que a prevalência da depressão é maior entre idosos do sexo masculino, com idade entre 60 a 64 anos, divorciado e com pouca escolaridade. Com base nestes resultados, o autor sugere que há uma grande necessidade de acompanhamento de saúde mental em instituições de longa permanência.

Moraes et al. (2016) ressalta que as situações de viuvez ou ainda divorciados são esperadas de se encontrar entre os residentes das instituições de longa permanência, pois, muitas vezes, são encaminhados para tal instituição por não terem condições de continuar sozinhos após a morte ou separação do companheiro, sendo este um fator de risco para o idoso apresentar depressão.

Pode-se perceber que o aumento progressivo da população de idosos no Brasil em instituição de longa permanência para idoso (ILPI) e este aumento ainda apresenta riscos de se tornar maior em função de fatores como: o prolongamento da vida, fragilidade, o surgimento de doenças crônicas típicas do envelhecimento, perda da autonomia e ausência da família, o que implica na qualidade de vida do idoso.

Em um estudo observacional de corte transversal, realizado em Minas Gerais por Figueiredo et al. (2017), com o objetivo de verificar a prevalência de dor lombar (DL) não específica em uma amostra de idosos da comunidade e determinar a correlação existente entre as variáveis: sexo, índice de massa corpórea (IMC),

incapacidade funcional e sintomas depressivos, foi observado que a incapacidade funcional que implica em risco de quedas é um relevante fator de risco para o quadro de depressão nos idosos.

Segundo Figueiredo et al. (2017), a observância de prevalência alta de depressão na amostra de idosos estudada está fortemente correlacionada com a situação de incapacidade funcional, de forma mais específica com o quadro de dor lombar, em idosos da comunidade em estudo; cabe, portanto, desenvolver outras abordagens a fim de alcançar melhor efetividade das propostas terapêuticas.

Na opinião de Figueiredo et al. (2017), a relação entre dor lombar e sintomas depressivos parece ser uma condição bidirecional, pois a depressão emerge como consequência da dor lombar. Além disso, o autor conclui que na presença de depressão, devem ser considerados a cronicidade e os sintomas predominantes. Os pacientes com depressão crônica e sem relação específica com a dor e as limitações da patologia de base apresentam piores resultados em tratamento, se comparados àqueles cuja depressão está diretamente relacionada à dor.

O estudo de Figueiredo et al. (2017) levantou uma questão importante, apontando que é preciso identificar a relação entre ansiedade e depressão e as dores crônicas. Visto que a vivência de dor crônica pode transformar-se em um estado iminentemente incapacitante. Além disso, os sintomas depressivos no idoso com dor crônica, na qual a dor perdura por vários dias, meses e anos. Associado a isso, a depressão pode também aumentar a intensidade da dor e da incapacidade, bem como perpetuar a disfunção relacionada à dor.

Diante deste cenário, é relevante que o profissional de enfermagem questione o idoso com dor sobre: a qualidade do sono, mudanças repentinas de humor, alteração do apetite, redução do desempenho ocupacional e comprometimento da capacidade de concentração, energia, perda da capacidade de sentir prazer, inatividade, diminuição da libido, fadiga, ansiedade, uso inadequado de medicações e drogas, ideação suicida, alterações comportamentais, alterações sociais, preocupações financeiras, dentre outros.

Em seu estudo, Lopes Nogueira et al. (2014) mostrou uma prevalência de depressão em idosos de 30,6%. As seguintes variáveis apresentaram associações independentes com depressão: sexo feminino; baixa escolaridade, sobretudo analfabetismo e autopercepção de saúde regular e ruim/péssima.

Lopes Nogueira et al. (2014) conclui que há uma elevada prevalência de

depressão ns idosos. Isto foi observado na avaliação realizada por agentes comunitários de saúde, profissionais sem alta especialização. Em síntese, a depressão associou-se à baixa escolaridade, ao sexo feminino e à pior autopercepção de saúde. Do ponto de vista estratégico no âmbito da atenção básica, os achados são ainda mais relevantes, pois apontam que agentes comunitários de saúde podem ter um papel importante na detecção da depressão em idosos.

É interessante perceber que no estudo de Lopes Nogueira et al. (2014) as mulheres apresentaram mais chances de vir a desenvolver depressão que os homens, porém a diferença pode estar no fato de as mulheres procurarem, com mais frequência, ajuda médica ou de outros profissionais de saúde do que os homens, impedindo que se conheça mais sobre a população masculina.

Visando comparar o risco de quedas, indicativos de depressão e mobilidade na marcha de idosos institucionalizados e idosos frequentadores de um centro de convivência do município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná, Costa et al. (2017), por meio dos resultados de sua pesquisa, constatou que os idosos institucionalizados apresentam maior risco de quedas, dificuldade na marcha e de sinais depressivos quando comparados aos idosos não institucionalizados.

Costa et al. (2017), ao comparar o indicativo de depressão, o risco de quedas e o teste de mobilidade dos idosos institucionalizados e frequentadores de um centro de convivência, verificou-se diferença significativa em todas as variáveis. Os idosos do grupo do centro de convivência apresentaram menor indicativo de depressão, menor risco de quedas e melhor mobilidade na marcha em detrimento aos idosos institucionalizados, sendo que tal achado mostra que os idosos separados, viúvos ou divorciados apresentam aumento no risco de queda. Desta forma o autor constata que a dificuldade na mobilidade e ausência de companheiro são fatores de risco para a depressão nos idosos.

Com base nos resultados encontrados por Costa et al. (2017), pode-se concluir que a queda é um evento que acontece com certa frequência entre os idosos, é limitante, podendo ser um indício de algo errado com a saúde do idoso, um indicativo da eminência de uma doença ainda não diagnosticada. Em última análise, uma queda pode ser considerada como um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio da saúde dos mais idosos.

A pesquisa de Moura et al. (2017) investigou os sintomas depressivos em

idosos da Paraíba e os resultados analisados pela estatística descritiva apontaram altos índices de depressão nos idosos institucionalizados. Contudo, segundo o autor, mesmo ainda no grau leve, surge o diagnóstico precoce da depressão, especialmente nos serviços fechados, onde a prevalência dessa patologia é ainda maior.

Quanto aos fatores de risco, Moura et al. (2017) apontou que a depressão é mais prevalente nos idosos do sexo masculino, com pouca duração do sono, com problemas de saúde e que não praticam diferentes atividades de lazer.

No que refere aos sintomas, Moura et al. (2017) verificou que a ausência de sensação plena de energia, problemas de memória, sensação de inutilidade e tristeza são os principais sintomas apresentados pelos idosos com depressão.

Na opinião do autor, conhecer os sintomas de depressão em idosos é uma questão relevante na prática clínica dos profissionais de saúde que assistem essa população, para que possam intervir adequadamente, e, assim, prevenir fatores de riscos associados à doença e detectar precocemente casos.

Ao estimar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e verificar a associação entre sintomas depressivos e características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde pelos idosos, Cohen, Paskulin e Prieb (2015) mostraram que 36,5% dos idosos apresentaram sintomas depressivos, sendo que destes, 6,3% dos idosos apresentavam pontuação sugestiva de depressão grave. Identificou-se associação significativa entre sintomas depressivos e viuvez, observando-se que os sintomas depressivos foram mais frequentes entre as mulheres, os de baixa escolaridade e os que não utilizaram serviços de saúde.

O estudo de Cohen, Paskulin e Prieb (2015) encontrou alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos internados no serviço de emergência, desta forma os autores ressaltaram a importância do reconhecimento e realização do diagnóstico de depressão em idosos nesses serviços com objetivo de se trabalhar com uma visão ampliada do processo de saúde-doença, oferecer tratamento e melhores intervenções na rede.

Em Silva et al. (2017), os sintomas depressivos foram associados com sexo feminino, doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral; 8 anos ou mais de estudo e ter companheiro foram fatores protetores. Dentre as

doenças crônicas não transmissíveis, as cardiovasculares e as cerebrovasculares tem associação independente com sintomas de depressão.

Segundo Silva et al. (2017), esses resultados corroboram a hipótese de que a doença vascular seja um fator de risco para o comprometimento encefálico associado à depressão. Os autores evidenciaram o importante papel dos agentes comunitários de saúde, na Estratégia Saúde da Família, com potencial utilidade nas políticas públicas para a saúde mental do idoso.

Em Gonçalves et al. (2015), o objetivo foi avaliar a qualidade de vida e os indicadores de depressão de idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade na cidade de Maringá no Paraná. Os resultados evidenciaram que as idosas participantes do estudo possuíam um bom nível de qualidade de vida. Já com relação à Escala de Depressão geriátrica os resultados obtidos evidenciaram que a média de escore de pontuação das voluntárias foi considerada baixa e positiva. Ao se comparar estatisticamente estes resultados observou-se associação positiva e significativa de que as idosas sem indicadores de depressão possuem um bom nível de qualidade de vida especialmente em relação ao aspecto físico.

Estes resultados permitiram que Gonçalves et al. (2015) concluísse que idosas que praticam exercícios físicos nas academias de terceira idade possuem boa qualidade de vida geral e baixos índices indicadores de depressão. Desta forma o autor afirma que não prática de exercícios físicos pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de um quadro de depressão em idosos.

Na opinião de Gonçalves et al. (2015), as idosas com menor número de limitações, que se sentem bem com o seu físico, que apresentam menos dores e/ou com menor intensidade, sentem-se melhor, possuem maior autoestima e autoimagem, se aceitam como elas são, conseqüentemente possuem menores chances de se tornarem idosas depressivas.

No estudo realizado por Rodrigues et al. (2014), objetivou-se comparar as variáveis sociodemográficas, econômicas e percepção de saúde de 374 idosos residentes na zona rural, divididos em dois grupos: 187 com indicativo de depressão e 187 sem indicativo, verificou-se que a proporção de idosos com indicativo de depressão, do sexo feminino, que referiu ter se aposentado por motivo de saúde, satisfazer mal suas necessidades básicas, residir em casa cedida, situação de saúde péssima, piora na saúde comparada com 12 meses anteriores e saúde pior que de outros da mesma idade, foi significativamente superior àqueles sem

indicativo.

Além disso, de acordo com Rodrigues et al. (2014), a maior prevalência de indicativo de depressão entre as mulheres, está relacionada a influências genéticas, biológicas, ambientais e psicológicas. Sua ocorrência em mulheres durante a velhice, mormente, vincula-se a alterações hormonais acompanhadas de labilidade emocional e alterações no âmbito sexual, decréscimo da funcionalidade inerente ao processo de envelhecimento ou resultante de processos patológicos e modificação dos papéis sociais e familiares, caracterizando as perdas interpessoais.

Diante dos resultados encontrados, Rodrigues et al. (2014) sugere que os profissionais de saúde procurem conhecer o perfil e possíveis dificuldades enfrentadas pelos idosos diante dos serviços de saúde. Dessa maneira, é importante promover visitas domiciliares, criar vínculos de confiança e trabalhar com dinâmicas e outras atividades que favoreçam o estabelecimento de uma terapêutica adequada e de fácil adesão para essa população.

De acordo com Rodrigues et al. (2014), a realização da consulta de enfermagem e de visitas domiciliares na zona rural pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família pode favorecer a criação do vínculo com os idosos e seus familiares, promovendo a identificação dos possíveis casos de depressão.

Para verificar a associação entre estados depressivos e número de quedas, Prata et al. (2017) realizou um estudo seccional com idosos pertencentes ao Projeto Prev-Quedas no Rio de Janeiro e constatou que a dificuldade na mobilidade é um relevante fator de risco para a presença de depressão em idosos.

Prata et al. (2017) esclarece que a tendência a estados depressivos encontrada na amostra foi considerada alta, acima da média nacional observada em 1999. A associação encontrada entre o quadro de depressão e um maior número de quedas sofridas pelos participantes pode indicar a necessidade de maior atenção das políticas públicas ao problema.

Um estudo transversal, realizado por Leal et al. (2014), que incluiu 211 idosos brasileiros e 342 idosos portugueses, residentes em instituições de longa permanência, mostrou que prevalência de sintomatologia depressiva encontrada foi 49,76% entre idosos brasileiros e 61,40% em portugueses. Idosos brasileiros com sintomatologia depressiva têm como principais fatores associados o estado civil solteiro, o baixo número de anos de estudo e o sexo feminino. Entre idosos portugueses o principal fator associado foi a idade maior do que 70 anos. Os

resultados permitiram que o pesquisador concluísse que a prevalência da sintomatologia depressiva foi alta nesta população e o seu reconhecimento precoce pode contribuir para a qualidade de vida e idosos institucionalizados.

Além disso, Leal et al. (2014) destaca a importância dos resultados obtidos para o profissional de enfermagem junto à equipe de saúde, pois ao adquirir conhecimento sobre o processo do envelhecimento e as doenças que podem acometer a pessoa idosa, entre elas a depressão, com empenho, ele se torna mais atento, no sentido de identificar as necessidades do idoso, minimizando as dificuldades existentes e favorecendo uma melhor qualidade de vida para esta população.

Um estudo epidemiológico transversal e de base domiciliar realizado com 1.656 idosos, por Borges et al. (2013) em Florianópolis, Santa Catarina, apontou uma prevalência de sintomas depressivos em idosos de 23,9%. Os fatores de risco associados foram: baixo nível de escolaridade, situação econômica pior quando comparada com a que tinha aos 50 anos, déficit cognitivo, percepção de saúde regular e ruim, dependência funcional e dor crônica.

Borges et al. (2013) conclui que a situação clínica adversa, desvantagem socioeconômica e pouca atividade social e sexual mostraram-se associadas aos sintomas depressivos em idosos. Além disso, Borges et al. (2013) explica que a associação do desfecho com a dor crônica pode ser compreendida pela existência de um modelo de depressão no idoso que é principalmente relacionado a esse tipo de dor. Isso indica que a pessoa não era deprimida antes e passou a apresentar a sintomatologia depressiva por causa da dor crônica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a metodologia empregada e os resultados obtidos no presente estudo, sobre A Assistência da Enfermagem no Idoso com Depressão, pode-se concluir que:

No que se refere aos sintomas a alteração no sono, a alteração no apetite, tristeza e ansiedade foram uns dos principais sintomas identificados no idoso com depressão.

A realização de consultas de enfermagem e de visitas domiciliares, conhecer o perfil e possíveis dificuldades enfrentadas pelos idosos, adquirir conhecimento sobre envelhecimento e doenças que podem acometer os idosos, pode favorecer a criação do vínculo entre o enfermeiro, idoso e família; e entre o idoso e a família.

Diante dos achados, notou-se a falta de conhecimento e interesse direcionada ao diagnóstico de sintomas e fatores de risco relacionado à doença.

Além disso, é necessário que se tenha uma atenção especial ao idoso, visando a importância de reconhecer os sintomas para que possam intervir adequadamente, e assim, prevenir fatores de risco, detectando precocemente a doença ou minimizando as dificuldades existentes favorecendo uma melhor qualidade de vida para essa população.

Portanto, os enfermeiros devem ter uma maior atuação tanto na assistência como educador, quanto na produção de pesquisas direcionadas aos idosos, desenvolvendo estudos de intervenção que possam ser aplicados na prática clínica e que possibilitem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

A humanização e o acolhimento também são imprescindíveis para estabelecer um vínculo entre profissional e o paciente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso. O apoio familiar também é crucial na reabilitação do idoso depressivo, ele deve se sentir querido e útil para que sua recuperação seja completa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA. JR, ALVES. TC, WAJNGARTEN. M, RAYS J, CASTRO. CC, CORDEIRO. Q, ; **Depressão de fim de vida, insuficiência cardíaca e hipersinal da substância branca frontal: um estudo de ressonância magnética estrutural** - Late-life depression, heart failure and frontal white matter hyperintensity: a structural magnetic resonance imaging study. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(3):431-6.

ARALDI, Marilani. A descoberta de projetos de vida – contribuição do projeto idoso empreendedor no processo de envelhecimento.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade.** *A Terceira Idade*, 17(36),7-31.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

BASSANI, D. C. H. et al. Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 5, p. 21-21, 2014.

BATISTA, Patrícia; SANTOS, José Carlos. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 12, p. 17-24, 2014.

BELTRAN, Mariana Arancibia. Sueño & psicopatologia: Investigando sueños em pacientes com transtorno depressivo. In: LAUREIRO, Mario E. Saiz (org). *Psicopatologia psicodinamica simbolico-arquetípica*. Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana, 2009. p. 127 – 139.

Bezerra, P. B. S. *et al.* **Dinâmica de grupo e sua contribuição para a qualidade de vida na terceira idade.** 2010. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/dinamica-de-grupo-e-sua-contribuicao-para-a-qualidade-de-vida-na-terceira-idade>>. Acesso em: 10/julho/2017.

BLAZER, Dan. Depressão em Idosos. 3 ed. São Paulo, Editora Andrei, 2003. p. 403

BORGES, Lucelia Justino et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010. v. 13, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção a saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento

de Atenção Básica. Atenção a saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CANALE, Alaíse; FURLAN, Maria Montserrat Diaz Pedrosa. Depressão. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**, v. 11, n. 1, p. 23-31, 2013.

CANDIDO, M. C. F. S; FUREGATO, A. R. F; **Transtornos depressivos: um material didático para a educação a distância**, Escola Anna Nery, 2008.

CANDIDO, M. C. F. S; FUREGATO, A. R. F; Transtornos depressivos: um material didático para a educação a distância, Escola Anna Nery, 2008.

CANEPA, Elaine Barros Saraiva; CARDOSO, Andréia Insabralde de Queiroz; RICARDINO, Aloma Renata. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. **Interbio**, v.8 n.1 2014.

CHACHAMOVIC, E; S.F; N.G; Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 31, n. 1, p.18-25. Maio 2009.

CLARO, Izaías. Depressão Causas, Consequências e Tratamento. 13 ed. Matão, Casa Editora O Clarim, setembro 2002.

COHEN, Rachel; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; PRIEB, Rita Gigliola Gomes. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 307-317, 2015.

CORDEIRO, J. C. D. Manual de psiquiatria clínica. 2. ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

COSTA, Camila et al. Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 293-300, 2017.

Crivelatti, M. M. B., Durman, S., & Hofstatter, L. M. (2006). **Sofrimento psíquico na adolescência**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(n esp), 64-70.

DEUS, G. **Mente Saudável**. Viver CASSEMS. ed 7, p. 24-29, 2011.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, 2015.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira et al. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, 2017.

FUREGATO, A. R. F.; et. al. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à autoestima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.2, p. 1-3, mar./abr. 2008.

GALIÁS, Iraci. Desenvolvimento progressivo na maturidade. In: KAUFMAN, Fani G.

Novo velho envelhecimento: olhares e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 21 – 35.

GONÇALVES, Fellipe Biazin et al. Qualidade de vida e indicadores de depressão em idosas praticantes de exercícios físicos em academias da terceira idade da cidade de Maringá (PR). **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 557-567, 2015.

GONÇALVES, Sara Ferreira et al. A atenção à saúde do idoso: ações desenvolvida pelas equipes de saúde da família. 2008.

GONZÁLEZ, Anne Christie Timm et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016.

GUARIENTE, Julio. Depressão – Dos sintomas ao tratamento. 3 ed. Ribeirão Preto. Insight Editorial, 2006.

GUSMÃO, R. D. M.; **Depressão : detecção, diagnóstico e tratamento**. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas e tratamento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2005.

HELLWIG, Natália; MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; TOMASI, Elaine. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016.

JÚNIOR, José Antônio Spencer Hartmann; GOMES, Giliane Cordeiro. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 2, p. 83-105, 2014.

LAUREIRO, Mario E. Saiz. Depresión: psicopatología y clínica. In: LAUREIRO, Mario E. Saiz (org). Psicopatología psicodinamica simbolico-arquetípica. Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana, 2009. p. 161 – 196.

LEAL, Márcia Carréra Campos et al. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2014.

Lima, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). **Envelhecimento bem-sucedido**: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*, 12(27), 795-807.

LITOVIC, Julio; BRITO Francisco C. Envelhecimento. 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2004. 220 p.

LOPES NOGUEIRA, Eduardo et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, 2014.

LOPES, P.; BARREIRAS, D.P.; PIRES, A.M. Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 2, n. 1, jul. 2001.

LOUZÃ M. E. *Psiquiatria Básica*, 2a. edição, Artmed, 2007.

M. C., Blay S. L., & Laks, J. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento dos transtornos de humor em idosos*, 177-198. São Paulo, SP: Atheneu.

MARTINS, R. M. A depressão no idoso. **Rev Millenium**, v 34 abril, 2008.

MARTINS, Rosa Maria. A depressão no idoso. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 34, p. 119-123, 2016.

MCKENZIE, Kwame. **Depressão**. Editora Três, 1999. (Coleção Guia da Saúde Familiar, 8).

MEDEIROS, J. M. L. Depressão no idoso. *Revista Acta Médica Portuguesa*. Abril de 2010.

MEDEIROS, Paulo. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. **POLÊMICA**, v. 11, n. 3, p. 439 a 453, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. 2010.

MINAYO, María Cecília De Souza. Aumento acelerado da expectativa de vida e o desafio de cuidar das pessoas idosas dependentes. **INVESTIGACIONES ANDINA**, v. 17, n. 31, p. 1273-1278, 2015.

MINAYO, Maria; FIGUEIREDO, Ana; MANGAS, Raimunda. Relatos de vida de pessoas idosas institucionalizadas com comportamento suicida. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

MORAES, Bruna et al. Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 9, n. 2, 2016.

MORAES, Bruna et al. sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 9, n. 2, 2016.

MORRIS, C. G.; MAISTO, A. A. **Introdução a Psicologia**. 6.ed. São Paulo: Pearson Brasil, 2004.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 848-855, out/dez, 2010.

MOURA, Samilla Gonçalves et al. Conhecendo os sintomas depressivos no idoso: um estudo transversal. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 2, 2017.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Revista Einstein*, 6 (Supl 1):S4-S6, 2008.

NEDLEY, N. Como sair da depressão. Prevenção, tratamento e cura. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira. 2009.

Neri A. L., & Guariento, M. E. (Orgs.). (2011). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA** Campinas. Campinas: Alínea.

Neri, A. L. (Org.). (2003). **Qualidade de vida na idade madura** (5a ed.). Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (Org.). (2006). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Átomo-Alínea.

Neri, A. L. (Org.). (2007b). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea.

Neri, A. L., & Batistoni, S. S. T. (2012). Origens sociais da Depressão. In: Bottino, C.

Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2011). Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA Campinas. Campinas, SP: Alínea.

Neri, A. L., Yassuda, M. S., & Cachioni, M. (2004). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus.

NUNES, Fernanda Daniela Dornelas et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 17-22, 2016.

OLIVEIRA, I. R.; LIMA, P. A. P. Utilidades e limitações do uso de diretrizes no tratamento da depressão. São Paulo, 2003, **Revista brasileira de psiquiatria**.

OLIVEIRA, K. L. et al. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos**. Psicologia em Estudo: Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, 2006.

Organização Mundial de Saúde, Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2009.

PARADELA, M. Depressão em idosos. Revista Hospital Universitário Padre Ernesto. Vol. 10 nº 2. Rio de Janeiro. Junho de 2011.

POWELL et al. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão**. 2008.

PRATA, Hugo Leonardo et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, 2017.

RIEMANN, F. A arte de envelhecer. São Paulo: Livraria Veredas Editora. 2007.

RODRIGUES, F. Ana Carolina et. al. Depressão no Idoso. 2005.

RODRIGUES, Leiner Resende et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 278-85, 2014.

SALGADO, Marcelo Antonio. Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. Políticas públicas para a habitação do idoso. A Terceira Idade, v. 39, São Paulo, 2007.

SALMAZO, Andréia Vazquez. Depressão na velhice: um estudo sobre a elaboração das perdas. Monografia. Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”. 25f. São Paulo. 2014.

SANTANA, Amanda de Jesus; BARBOZA FILHO, José Carlos. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 134, 2014.

SANTOS, Daniel Kerry dos; LAGO, Mara Coelho de Souza. The dispositif of age, the historical production of the old age, and regimes of subjectification: A genealogical tracking. **Psicologia USP**, v. 27, n. 1, p. 133-144, 2016.

SANTOS, Eduardo Amintas; JESUS, Elena Claudia; NAVARRO, Alcione Aparecida Oliveira. Depressão na terceira idade. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 1, n. 2, 2012.

SHIKIDA, C.D.; GAZZI, R.V.A. & ARAUJO Jr., Teoria Econômica do Suicídio: Estudo Empírico para o Brasil. 2006.

SILVA, Amanda Ramalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, Débora Maria da. A contribuição do Estatuto do Idoso e a intervenção do Assistente Social. São Paulo. 2015. 30f. Monografia. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. 2015.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. - O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2004.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem medicocirúrgica**. Vol. 1, 11 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, Giovana Bacilieri; CAPONI, Sandra. Depressão em pauta. 2011.

TAVARES, D. M. S.; ARAÚJO, M. O.; DIAS, F. A. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre distritos sanitários de Uberaba-MS. *Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá*, v. 10, n. 1, p. 74-81, jan/mar, 2011.

THOMPSON, C. – **Affective disorders.. The Instruments of Psychiatric Research**. London, John Wiley & Sons Ltd., pp. 87-126, 198.2010.

TREVISAN, Mauro et al. O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 428-440, 2016.

VENTURA, Jeferson et al. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 100-113, 2017.

VIEIRA, K. F. L. COUTINHO, M. da P. de L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia**. Universidade Federal da Paraíba, 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZIMERMAN, E. David. Psicanálise em perguntas e respostas: verdades, mitos e tabus. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.55.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Saúde Coletiva, v.4, n. 17, p. 158-63, 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

FACULDADE PAN-AMAZÔNICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, professor (a) Marcia Wilma Monteiro de Araújo, do
Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Pan-Amazonica, declaro aceitar ser
orientadora do trabalho intitulado

“ _____

” de autoria dos alunos: _____;

_____.

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho Nacional de Saúde - CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, 18 de 04 2017.

Marcia Wilma Monteiro de Araújo
Orientador

Email: marwilmon@gmail.com

ANEXO A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS URSI (2005)

A. Identificação	
Título do artigo _____	
Título do periódico _____	
Autores _____	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País _____	
Idioma _____	
Ano de publicação _____	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital _____	
Universidade _____	
Centro de pesquisa _____	
Instituição única _____	
Pesquisa multicêntrica _____	
Outras instituições _____	
Não identifica o local _____	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem _____	
Publicação médica _____	
Publicação de outra área de saúde. Qual? _____	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ☐ Abordagem quantitativa ☐ Delineamento experimental ☐ Delineamento quase-experimental ☐ Delineamento não-experimental ☐ Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ☐ Revisão de literatura ☐ Relato de experiência ☐ Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção ☐ Randômica ☐ Conveniência ☐ Outra _____ 3.2 Tamanho (n) ☐ Inicial _____ ☐ Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	