

**UniAGES  
Centro Universitário  
Bacharelado em Enfermagem**

**LAURA DE SOUZA PIMENTEL**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS:  
uma proposta de educação em saúde**

**Paripiranga  
2021**

**LAURA DE SOUZA PIMENTEL**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS:  
uma proposta de educação em saúde**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga  
2021

**LAURA DE SOUZA PIMENTEL**

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS:  
uma proposta de educação em saúde**

Monografia apresentada como exigência parcial  
para obtenção do título de bacharel em  
Enfermagem à Comissão Julgadora designada  
pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão  
de Curso do UniAGES.

Paripiranga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho  
UniAGES

Prof. Dalmo de Moura Costa  
UniAGES

Prof. Igor Macedo Brandão  
UniAGES

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais e ao meu irmão, por sempre serem minha fonte de paz, incentivo, paciência, amor, compreensão, e por jamais medirem esforços para que eu pudesse realizar os meus sonhos e para todo meu percurso educacional.

## AGRADECIMENTOS

A vida é formada por diversos ciclos que permitem e contribuem para uma constante evolução. Durante esses cinco anos da graduação, foi possível vivenciar situações jamais imaginadas por mim. Chorei muito por diversas vezes; acreditei que não iria conseguir; me estressei; mas juntei forças logo em seguida e superei os obstáculos que, por muito tempo, julguei serem insuperáveis e, com isso, aprendi a valorizar cada mínima conquista. Cresci, evolui, amadureci, sorri bastante e fui, com toda certeza, imensamente feliz durante minha trajetória até o presente momento. Fiz amigos incríveis que, certamente, levarei para minha vida e em meu coração; amigos que me ajudaram, abraçaram e acalentaram quando mais precisei, mas que também foram verdadeiros e souberam me trazer de volta à realidade quando estava errada, me mostrando em que deveria melhorar e me ajudando a fazer isso. Durante esse ciclo, pude lidar com uma ampla variedade de pessoas e digo, certamente, que todas, cada uma com suas singularidades, foram essenciais para a formação da profissional e ser humano que sou hoje. Por isso, sou e sempre serei eternamente grata.

É de posse dessas concepções que exteriorizo as minhas singelas gratidões, primariamente, a Deus, por me conceder o dom da vida e a oportunidade de chegar até aqui e por nunca me abandonar nos momentos cruciais desta trajetória. Sem Tua presença em minha vida, nada disso seria possível. Em segundo lugar, aos meus pais, José Lealdino e Josefa Ivânia, por serem minha fonte de força, fé e determinação, por todos os ensinamentos, pelo amor, pela passagem de valores e princípios e, por sempre me apoiarem e me incentivarem, sem jamais medirem esforços, em nenhum momento, para que minha formação fosse alcançada, EU AMO VOCÊS. Ao meu amado irmão, Leandro, por sempre estar ao meu lado me apoiando e me auxiliando em todo o necessário, principalmente, nas idas e voltas à Paripiranga. Aos meus queridos avós, José Domingos e Vandira, pela preocupação com meu desempenho acadêmico e bem-estar e por todas as orações feitas.

Aos meus tios, em especial, a Ivone, Evaneide, Rafaela e Lucivaldo, por todo o apoio durante essa jornada. Aos meus primos, em especial, a Daniel, Gabriel, Larissa, Lázaro e Marcelo, por toda a ajuda, principalmente, durante o período de estágio e elaboração desse trabalho de conclusão de curso.

Agradeço ao Centro Universitário AGES, que proporcionou a concretização de um sonho, o Bacharelado em Enfermagem, e por me permitir conhecer pessoas essenciais para esse processo de busca mútua do conhecimento e formação profissional, professores e amigos que, ao longo do percurso, foram a base do conhecimento e fundamentais para construção desse trabalho: Camilo, Emmily, Estela, Evandro, Francielly, Wellington, Kelly, Leonardo, Rodrigo, Bruna, Aline e Priscilla por serem exemplo de humildade e empatia. Sou grata, em especial, ao professor Humberto Aparecido Faria, pelo apoio durante todo o decorrer da graduação, e ao preceptor Kiko, por me fazer enxergar a beleza da Atenção Básica. Também ao meu orientador, professor e coordenador de curso, Prof. Fabio Luiz. Agradeço ainda aos tantos outros que passaram e plantaram a semente do conhecimento ao longo destes 5 anos.

Aos amigos que a universidade me permitiu cultivar: Cleidson, por sempre tentar me mostrar que, independente dos obstáculos, quando nos esforçamos o bastante, tudo se torna possível; Geiza, por toda parceria e partilha de bons momentos durante a caminhada; Rafael, por sempre estar presente para me acalmar mesmo nos momentos mais estressantes e por me auxiliar tanto, principalmente, em período de estágio; Woogas, pela ajuda e parceria durante o percurso educacional; Dona Valdilene, por me acolher e cuidar tão bem de mim durante esse período. Agradeço aos amigos e colegas de estágio, Bruno, Edijane, Elvis e Thaise, pela partilha de conhecimentos e troca de experiências que fomentaram em um importante vínculo.

Gratidão, ainda, a Juliane e Luana, por, mesmo no final do curso, se mostrarem amigas essencialmente importantes para a universidade e para a vida. Aos meus amigos de turma: Amenaide, Douglas e Edeildes, pelo auxílio, pela colaboração e amizade durante esses anos. Às amigas de república, Franciele, Larielle, Geane, Francielma, Susy, Sayure e Elenilda, pelos inúmeros momentos compartilhados. Em especial, aos amigos que o estágio de AB me concedeu: Mirian, Rafael e Fernando, por me ensinarem tanto, sempre com muita dedicação e paciência.

Por fim, os agradecimentos não se limitam apenas às amizades construídas na universidade que serão levadas para a vida, mas, também, às amizades construídas ao longo de minha existência. Aos meus amigos: Bruna, Maryana, Luciana, Juberlandia, Fredson, Ueglas, Vinicius, pela compreensão das ausências e pelo afastamento temporário. E a todos que, de alguma forma, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

É sempre bom lembrar que existe um mundo inteiro dentro de cada um. E tocar nesse solo sagrado é um ato de responsabilidade. Que sejamos seres humanos mais humanos. Mais gentis. Mais generosos. Que sejamos – simplesmente – gente que a gente possa admirar. E amar.

Fernanda Mello

## RESUMO

Conhecida como a doença do século, a depressão é uma patologia de alta prevalência atualmente, pois decorre de múltiplos fatores e pode estar presente nas diversas fases da vida, sobretudo, no que tange à população idosa residente de Instituição de Longa Permanência (ILPI). Por vários agentes que tornam esses indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento e/ou agravamento da doença supracitada, dificulta-se a realização das atividades de vida rotineiras e reduzem-se o bem-estar e a qualidade de vida deles. Foi traçado, enquanto objetivo principal: compreender os fatores que podem levar ao adoecimento e, do mesmo modo, permitem o controle da depressão em idosos institucionalizados. E quanto aos objetivos específicos: conhecer a depressão e seus aspectos multidimensionais relacionados ao idoso; caracterizar os aspectos que possibilitam o acometimento da depressão por idosos institucionalizados; analisar os benefícios da articulação do CAPS com ILPI para a assistência ao idoso institucionalizado e com depressão; traçar ações que permitam a amenização e controle da prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa coletado nas bases de dados BVS (LILACS, MEDLINE, IBECs e BDENF), através dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *Depression, Depresión, Institutionalization, Institucionalización, Health of the Elderly, Salud del Anciano, Abnormalities, Pesticides, Agrochemicals, Pregnancy, Pregnancy, High-Risk*. Adotando-se como critérios de inclusão para esta pesquisa: estudos primários com desenho quase experimental e não experimental, estudos ecológicos, estudos randomizados e não randomizados, caso controle, coorte e pesquisa descritiva com seres humanos, bem como estudos secundários do tipo meta-análise e revisão sistemática, nos idiomas inglês, português e espanhol, com restrição temporal de dez anos, ou seja, de 2011 a 2021. Foi encontrado no estudo um maior índice de casos de depressão, desenvolvimento e agravamento entre a população idosa institucionalizada em relação aos idosos não-institucionalizados. Conclui-se que a institucionalização dos idosos é fator desencadeante para o transtorno depressivo, fazendo-se necessários uma atenção e alguns conhecimentos específicos da equipe multiprofissional, sobretudo, no que diz respeito aos profissionais de enfermagem, uma vez que eles estão em contato direto com esses indivíduos idosos, favorecendo desde o início a definição de estratégias, ações e metas, visando o afastamento dos fatores prejudiciais, havendo a necessidade de criações de protocolos específicos para o manejo dos idosos institucionalizados, uma vez que, muitas das vezes, esses fatores passam despercebidos durante as consultas de rotina, só sendo identificados quando o idoso já apresenta sintomas severos da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão. Idosos institucionalizados. Saúde do Idoso. Conduta de enfermagem.



## ABSTRACT

Known as the disease of the century, nowadays depression is an extremely prevalent pathology, because it results from multiple factors and can be present in the several stages of life, especially with regard to the elderly population residing in a Long-Term Institution (LTI). Due to many agents that make these individuals more susceptible to the development and/or aggravation of the aforementioned disease, it is difficult to perform routine life activities and their well-being and quality of life are reduced. It was designed, as a main objective: to understand the factors that can lead to illness and, in the same way, they allow the control of depression in institutionalized elderly. About the specific objectives: to know depression and its multidimensional aspects related to the elderly; to characterize the aspects that make it possible for institutionalized elderly people to experience depression; to analyze the benefits of articulating the CAPS with the LTI for the care of institutionalized and depressed elderly people; to outline actions that allow the alleviation and control of the prevalence of depression in institutionalized elderly people. This is an integrative review bibliographic study collected in the VHL databases (LILACS, MEDLINE, IBECs and BDENF), through the descriptors in Health Sciences (DeCS): Depression, Depresión, Institutionalization, Institucionalización, Health of the Elderly, Salud del Anciano, Abnormalities, Pesticides, Agrochemicals, Pregnancy, High-Risk. Adopting as inclusion criteria for this research: primary studies with quasi-experimental and non-experimental design, ecological studies, randomized and non-randomized studies, case control, cohort and descriptive research with humans, as well as secondary studies of the meta-analysis and systematic review, in the English, Portuguese and Spanish languages, with a time restriction of ten years, that is, from 2011 to 2021. The study found a higher rate of cases of depression, development and aggravation among the institutionalized elderly population in relation to the elderly non-institutionalized. It is concluded that the institutionalization of the elderly is a triggering factor for depressive disorder, requiring attention and some specific knowledge of the multidisciplinary team, especially with regard to nursing professionals, since they are in direct contact with these elderly individuals, favoring from the beginning the definition of strategies, actions and goals, aiming at the removal of harmful factors, with the need for the creation of specific protocols for the management of institutionalized elderly, since, many times, these factors pass unnoticed during routine consultations, only being identified when the elderly person already has severe symptoms of the disease.

**KEYWORDS:** Depression. Institutionalized elderly. Health of the Elderly. Nursing conduct.

# LISTAS

## LISTAS DE FIGURAS

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1: Desenvolvimento do adoecimento psicológico.....                                                                          | 20 |
| 2: Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados selecionada..... | 52 |
| 3: Fluxo da seleção dos estudos incluídos nos resultados e na discussão.....                                                | 53 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1: Sinais e sintomas depressivos, mais e menos frequentes.....                                                                                        | 26 |
| 2: Expressão de busca para estratificação dos estudos.....                                                                                            | 50 |
| 3: Expressão de busca para estratificação dos estudos mediante critérios de inclusão.....                                                             | 51 |
| 4: Artigos que atendiam aos critérios de inclusão.....                                                                                                | 54 |
| 5: Análise dos estudos conforme os principais aspectos relacionados ao desenvolvimento da depressão em idosos institucionalizados.....                | 58 |
| 6: Qualidade de vida de idosos institucionalizados diagnosticados com depressão e principais sintomas evidenciados.....                               | 63 |
| 7: Sintomatologia de depressão de acordo com os graus.....                                                                                            | 65 |
| 8: Análise dos estudos sobre estratégias de enfermagem e multiprofissionais para a prevenção e combate à depressão por idosos residentes em ILPI..... | 68 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------|
| AB      | Atenção Básica                                                 |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                                    |
| APS     | Atenção primária à Saúde                                       |
| AVD     | Atividade de Vida Diária                                       |
| BDI     | Escala de Depressão de Beck                                    |
| BVS     | Biblioteca Virtual em Saúde                                    |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                                 |
| DeSC    | Descritores em Ciências da Saúde                               |
| EPI's   | Equipamentos de Proteção Individual                            |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família                                 |
| IBECS   | Índice Bibliográfico <i>Español en Ciencias de la Salud</i>    |
| ILPI    | Instituição de Longa Permanência para Idoso                    |
| LILACS  | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde   |
| MEDLINE | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> |
| MEEM    | Mine Exame do Estado Mental                                    |
| MeSH    | <i>Medical Subject Headings</i>                                |
| MNLA    | Movimento Nacional da Luta Antimanicomial                      |
| MS      | Ministério da Saúde                                            |
| NAPS    | Núcleo de Apoio Psicossocial                                   |
| NR      | Norma regulamentadora                                          |
| PL      | Proposta de Lei                                                |
| PNSI    | Política Nacional de Saúde do Idoso                            |
| PNSM    | Política Nacional de Saúde Mental                              |
| PTS     | Projeto Terapêutico Singular                                   |
| PVC     | Programa de Volta Para Casa                                    |
| QV      | Qualidade de Vida                                              |
| RAPS    | Rede de Atenção Psicossocial                                   |
| SciELO  | <i>Scientific Electronic Library Online</i>                    |
| SNC     | Sistema Nervoso Central                                        |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                         |

|         |                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------|
| TAG     | Transtorno de Ansiedade Generalizado                |
| TDAH    | Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade |
| TOC     | Transtorno Obsessivo Compulsivo                     |
| UniAGES | Centro Universitário AGES                           |

# SUMÁRIO

|                                                                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                                                                                               | <b>14</b> |
| <b>2 DESENVOLVIMENTO</b>                                                                                                                          | <b>19</b> |
| 2.1 Referencial Teórico                                                                                                                           | 19        |
| 2.1.1 Depressão e seus aspectos multidimensionais                                                                                                 | 19        |
| 2.1.2 Contextualizando o adoecimento mental em seus aspectos históricos                                                                           | 27        |
| 2.1.3 Envelhecimento populacional e sua relação com ILPI e depressão                                                                              | 35        |
| 2.1.4 Cuidados ao idoso portador de depressão: uma abordagem multiprofissional                                                                    | 42        |
| <b>3 METODOLOGIA</b>                                                                                                                              | <b>50</b> |
| <b>4 RESULTADO E DISCUSSÃO</b>                                                                                                                    | <b>53</b> |
| 4.1 Análise dos Estudos conforme os Principais Aspectos relacionados ao Desenvolvimento da Depressão em Idosos Institucionalizados                | 57        |
| 4.2 Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados Diagnosticados com Depressão e Principais Sintomas Evidenciados                               | 62        |
| 4.3 Análise dos Estudos sobre Estratégias de Enfermagem e Multiprofissionais para a Prevenção e Combate à Depressão por Idosos Residentes em ILPI | 67        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                                                                                                     | <b>70</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                                                                                                | <b>73</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), juntamente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), agindo como porta de entrada ao sistema de saúde, visa o modelo universal e equívdeo da assistência para o indivíduo, a família e comunidade. Diante do Ministério da Saúde (MS), a ESF, juntamente com as equipes de saúde, busca a humanização das práticas do cuidado, objetivando a satisfação do usuário através da relação paciente/cuidador. Diante disso, e analisando as necessidades dos idosos, como público crescente e, por vezes, esquecido, foram criadas as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), destinadas a pessoas com mais de 60 anos que não dispõem das condições necessárias para permanecer residindo com os familiares.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo analisar através de revisão bibliográfica a prevalência da depressão em idosos institucionalizados, bem como, os fatores de risco associados ao desenvolvimento da depressão, sejam aqueles que estão diretamente ligados às ILPI, ou mesmo os extrínsecos a ela e, através desses vieses, propor ações e estratégias visando sanar/diminuir os fatores de risco e melhorar o quadro de saúde dos idosos já portadores da doença. Sendo este um tema de grande discussão atualmente, apresenta grande relevância em toda a área da saúde e comunidade em geral, pois, busca contribuir para uma melhor compreensão e conhecimento acerca da depressão, auxiliando tanto na prevenção quanto no tratamento da mesma.

Atualmente, é perceptível um aumento significativo no número de idosos existentes em todo o mundo, de acordo Silva *et al.* (2012), 49% dos idosos demonstram sintomatologia de depressão, sendo que a maior prevalência está em idosos institucionalizados, desses idosos, cerca de 80,8% se mostram insatisfeitos com a instituição em que residem. Ao analisar o quadro de saúde desses pacientes, foi perceptível um grande número de caso de depressão. Desse modo, tornou-se necessário um estudo a fim de analisar essa perspectiva de que a institucionalização seja uma causa relevante no desenvolvimento da condição de saúde.

A depressão é considerada por Gerritsen *et al.* (2011) como uma doença grave, a qual pode trazer prejuízos e agravos ao seu portador. A mesma é muito comum entre os idosos, principalmente no que se fala sobre idosos institucionalizados,

incapacitando o indivíduo de realizar suas atividades, desde as mais simples até as mais dificultosas. Logo, esta evolui gradativamente a depender da situação de vulnerabilidade que se encontra o indivíduo, estando, dessa forma, associada a diversos fatores extrínsecos e intrínsecos, que favorecem o adoecimento do indivíduo e, do mesmo modo, favorecem seu agravo. Envolve, de certa forma, aspectos físicos, psicológicos e sociais, podendo ser visualizada de acordo com alguns sinais e sintomas (CARREIRA *et al.*, 2011).

As políticas públicas voltadas ao público idoso foram iniciadas da década de 90, se modificando e evoluindo consideravelmente desde então. Atualmente, já pode ser visto além da política voltada ao idoso, Estatutos e Conferências direcionadas a esse público, visando a garantia e ampliação dos direitos da pessoa idosa, a fim de proporcionar um envelhecimento mais senescente possível (FERNANDES; SOARES, 2012). Contudo, ao passo em que se observam altos índices de idosos com depressão, é certo afirmar que tal política não tem sido respeitada ou praticada de maneira correta, devendo haver uma junção da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) com a Política de Saúde Mental para que o problema seja amenizado/sanado da melhor maneira possível.

Já no que se refere à política de saúde mental atual, que foi criada em 1980, a mesma visa mudar a realidade dos manicômios, a fim de transformar a prática desses locais. Na medida em que as transformações foram acontecendo, o processo de desinstitucionalização foi sendo aplicada para reinserir os usuários. Os serviços de apoio após o acontecimento da reforma psiquiátrica que consistiu no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são de dispositivos estratégicos desse movimento, assim, diversificou o cuidado, colocando-o de forma intensiva para o exercício da cidadania e não apenas pelo problema do usuário (BRASIL, 2013).

No Brasil, tanto a saúde mental quanto a saúde do idoso ficaram escondidas e privadas de aparecimento durante muito tempo. De maneira que, os bem afortunados tinham mais oportunidade de conseguir algum tratamento, enquanto os desvalidos financeiramente ficavam desvalorizados até o surgimento dos movimentos criados pelos trabalhadores em saúde mental, que proporcionaram uma gama de interesses por um cuidado melhor em que ambas as classes pudessem inovar a história do cuidar, abrangendo um sistema de natureza complexa que envolve as esferas políticas, sociais, econômicas, culturais e teóricas.

Desse modo, é importante destacar o crescimento no âmbito da saúde e cuidados da atenção psicossocial, principalmente no que diz respeito ao CAPS e seus vínculos, como a ESF ou o NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) criadas para transformar a antiga realidade asilar em uma assistência provida de cuidados integrais à saúde mental para o bem do indivíduo, família e comunidade.

Ultimamente muito se tem pesquisado sobre a saúde da pessoa idosa, isso porque essa população tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, de modo que é considerado idoso aquele indivíduo com idade >60 anos. Entretanto, tendo em vista que envelhecer não deve jamais significar adoecer, o idoso pode e deve ser saudável, contudo, com o envelhecimento do organismo, o mesmo tende a perder parcial e fisiologicamente suas funções. Sendo papel dos profissionais de saúde promover formas para que o idoso tenha apenas as perdas fisiológicas, para que sejam déficits pequenos, que não venham a causar alterações em seu modo de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Entretanto, em alguns casos são observadas perdas mais acentuadas, podendo levar o indivíduo a uma certa dependência. Nesse caso, os idosos tendem a se apresentar mais frágeis, com perda de autonomia e consciência, sendo este fato decorrente de fatores os quais estão voltados a doenças crônico-degenerativas que acometem o sistema nervoso do indivíduo, dentre as quais se destaca a depressão (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016)

Assim, pode-se dizer que a depressão é um estado clínico de extrema relevância em todas as idades, mas principalmente em idosos, já que aumenta a incidência da morbimortalidade, que é uma condição onde se tem um aumento tanto da morbidade quanto da mortalidade. Tal patologia, como o próprio nome sugere, é responsável por deprimir o ser portador da mesma, podendo causar o afastamento do circuito social, não permitindo a prática de atividades que antes davam prazer e, em um estágio muito avançado podendo levar o paciente até ao suicídio.

Dessa forma, o tema se mostra extremamente relevante para a saúde pública, sendo necessário para que se tenha uma conscientização acerca dos fatores que podem gerar o adoecimento de idosos e através desse contexto conseguir analisar as situações, identificar os sinais e sintomas expressos pelo paciente, para, assim, diagnosticar precocemente e intervir da maneira mais adequada possível, visando sempre o bem-estar físico e psicológico, de maneira a proporcionar um envelhecimento saudável e de máxima qualidade possível ao indivíduo idoso. Nesse



sentido, esta pesquisa se propõe a adotar a seguinte indagação: por quais motivos há uma prevalência da depressão em idosos institucionalizados e quais as possíveis ações para modificar essa realidade?

Adotando como problemas específicos os aspectos multidimensionais da depressão em idosos, quais fatores favorecem o desenvolvimento da depressão em idosos institucionalizados, de que forma a articulação da ILPI com o CAPS trona-se necessária à assistência do idoso institucionalizado com depressão e quais as maneiras possíveis para amenizar/modificar a alta prevalência de depressão em idosos institucionalizados.

Analisando a fisiopatologia da depressão e suas particularidades, adotou-se, enquanto hipótese, a seguinte formulação: há uma maior prevalência em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência, pois tanto a ocorrência do envelhecimento provoca mudanças físicas e, conseqüente, psicológicas, quanto pelo fato de se encontrar institucionalizado, pois por estar em um local desconhecido, com regras e características às quais o idoso não está habituado, gera um certo estranhamento e até mesmo uma não aceitação de sua realidade atual, tendo um longo processo de adaptação emocional, que pode ocasionar, posteriormente, tristeza, receio e sentimento de inutilidade, que quando recorrentes contribuem grandemente para o desenvolvimento da depressão.

Além desses, há também outros aspectos muito relevantes para esse contexto, como o afastamento das pessoas com quem convivia rotineiramente, com quem possivelmente tinha laços sentimentais e que passa a não conviver tanto quanto antes; e a socialização com pessoas diferentes, com quem o idoso nunca teve contato e que agora passam a conviver diariamente com ele, muitas vezes realizando procedimentos, como o banho e troca de fralda, que podem ferir sua intimidade e gerar sentimentos de solidão, frustração, que tendem a crescer ao longo do tempo, desenvolvendo, por fim, a depressão.

Além do mais, considerando o presente contexto mundial de pandemia, é possível afirmar que a mesma representa um fator de risco considerável ao adoecimento mental dos idosos institucionalizados, pois dificulta visitas de familiares, causando medos, incertezas e ansiedades, potencializando o desenvolvimento e manifestações da depressão.

Deteve-se a adotar enquanto objetivo geral para alcance desse trabalho: compreender os fatores que podem levar ao adoecimento e, do mesmo modo,

permitem o controle da depressão em idosos institucionalizados. E enquanto objetivos específicos que abarquem o delineamento do objetivo geral: conhecer a depressão e seus aspectos multidimensionais relacionados ao idoso; caracterizar os aspectos que possibilitam o acometimento da depressão por idosos institucionalizados; analisar os benefícios da articulação do CAPS com ILPI para a assistência ao idoso institucionalizado e com depressão; traçar ações que permitam a amenização e controle da prevalência de depressão em idosos institucionalizados.

Diante do exposto, o referido estudo possui elevada importância para a área da saúde como também para que pessoas leigas obtenham o conhecimento a respeito da depressão em idosos institucionalizados, evitando os fatores de risco evitáveis e amenizando os inevitáveis, do mesmo modo, torna possível o conhecimento acerca do diagnóstico, sinais e sintomas apresentados e das abordagens para lidar com esses pacientes de maneira a amenizar a doença, evitando qualquer tipo de agravamento.

Em princípio, esse estudo está dividido em quatro capítulos, o primeiro identifica os aspectos relacionados à depressão, seus fatores de risco, sinais e sintomas, diagnóstico e possíveis tratamentos. Já o segundo capítulo busca compreender o aumento da população idosa e consequente aumento de institucionalizações em ILPI, suas características e propensões que levam ao desenvolvimento da depressão, evidenciando seus fatores de riscos físicos e psicossociais. O terceiro capítulo compreende a importância da articulação com o CAPS para acompanhamento e tratamento desses idosos institucionalizados acometidos pela depressão. E, no último capítulo, são trazidas propostas de educação em saúde, abordando ações e estratégias tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde desses idosos.

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com base em coleta e análise de dados de caráter científico, em que os referenciais selecionados foram categorizados conforme o aspecto temático e metodológico, trazendo questões de saúde pública acerca da depressão em idosos residentes de ILPI e a atuação de enfermagem frente à problemática, tendo, portanto, extrema relevância, tanto acadêmica e científica quanto social.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Referencial Teórico

#### 2.1.1 Depressão e seus aspectos multidimensionais

Existem diversos tipos de transtornos depressivos, dentre eles incluem-se transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente, também conhecido como distímia, transtorno depressivo induzido por medicamentos e /ou substâncias, transtorno disfórico pré-menstrual e o transtorno depressivo maior, sendo esse último o mais comum e o tratado no presente estudo. Conhecido como “depressão”, é dito “maior” por ter um período mais prolongado dos episódios depressivos (DSM-5).

A depressão, doença altamente incidente nos dias atuais, é definida por muitos estudiosos como a doença do século, podendo estar presente desde a infância até a velhice, sendo, segundo Nóbrega *et al.* (2015), um distúrbio multifatorial associado a fatores extrínsecos e intrínsecos. Assim, é caracterizada, principalmente, por tristeza crônica que afeta os aspectos da vida pessoal e social do indivíduo, sendo esse o sintoma típico e clássico para diagnóstico da doença. De acordo com Gerritsen *et al.* (2011), tal patologia pode trazer inúmeros prejuízos à vida e qualidade de vida do indivíduo portador.

Tendo em vista que a depressão afeta as diversas áreas da vida humana, tanto no físico quanto no psicológico, e, conseqüentemente, no social, e conhecendo o conceito atualmente estabelecido de saúde, no qual o ser humano deve ser visto e tratado como um ser biopsicossocial, ou seja, em sua integralidade, diz-se que a saúde do indivíduo está relacionada com as três esferas, biológica, psicológica e social. Dessa maneira, é possível afirmar que é necessário possuir o devido equilíbrio entre todas elas para ter uma saúde mental e física (MARTINS *et al.*, 2016).

Dessa forma, são diversos os acontecimentos e fatores que podem trazer um agravo para uma das esferas e, conseqüentemente, um desequilíbrio harmonioso

entre as três, tornando o adoecimento mais fácil de ocorrer, pois pode ser decorrente de déficits de qualquer uma das áreas ou mesmo a junção delas, caracterizando os conhecidos “fatores de risco” para o adoecimento. Para Arrais *et al.* (2018), os fatores de risco são situações pré-estabelecidas, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais, que tornam o ser propício ao adoecimento pelos problemas preexistentes, como pode ser melhor visualizado na Figura 1, abaixo:



**Figura 1:** Desenvolvimento do adoecimento psicológico.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Como observado na Figura 1, o que gera o adoecimento é a exposição constante aos fatores de risco, assim, uma convivência única com determinado agente considerado nocivo não é suficiente para causar um adoecimento, mesmo que traga alguns danos à saúde. Sendo assim, é necessário que haja recorrentes exposições, dessa forma, a exposição prolongada vai gerando estragos psicológicos, ou seja, um desajustamento psicológico no idoso, de modo que, se não houver uma intervenção rápida e eficaz irá ocasionar no adoecimento e consequente aparecimento dos sinais e sintomas característicos da doença (AMARAL; AFONSO; VERDE, 2020).

Entretanto, vale ressaltar que vivenciar fatores de risco não significa, necessariamente, o desenvolvimento da doença em si, de maneira que não são determinantes, são apenas condicionantes e representam, no entanto, uma chance maior de desenvolvimento da doença, neste caso, a depressão. Caracterizam assim, uma maior probabilidade de o indivíduo desenvolver a doença por torná-lo mais suscetível, sem representar o adoecimento verdadeiramente, isso porque, são diversas as causas para o processo saúde-doença, assim, mesmo com os fatores de riscos presentes, o idoso pode possuir também fatores de proteção que auxiliam para que não desenvolva a doença, superando os indicadores negativos (ARRAIS *et al.*, 2018).

Do mesmo modo, um fator isolado dificilmente irá ser determinante para o processo saúde-doença, sendo necessário, portanto, um conjunto de fatores, justamente devido aos fatores protetivos. Portanto, quando os agentes considerados protetivos à saúde do indivíduo são existentes em quantidades suficientes podem

anular os agentes negativos, estimulando o idoso, neste caso, à superação dos fatores ao qual está sendo exposto. Para tanto, a exposição aos fatores de riscos deve ser extinta tanto quanto possível, bem como as condições positivas devem ser estimuladas para que sejam capazes de sobressair às negativas (ARRAIS *et al.*, 2018).

Assim, além da necessidade de mais de um agravante, o tempo de exposição também é determinante no processo saúde-doença, quanto mais prolongada e recorrente a exposição aos fatores exógenos, ocorre um desajustamento psicológico que só aumenta com o contato contínuo ao agente condicionante, tornando o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos depressivos. As causas podem ser endógenas (relacionada aos neurotransmissores) ou exógenas (MARTINS *et al.*, 2016).

Assim, são conhecidos diversos fatores exógenos condicionantes para o desenvolvimento da depressão, estando entre os principais doenças crônicas físicas e/ou psicológicas devido ao fato de muitas vezes o indivíduo não aceitar sua condição atual, ser uma doença que deprime o sistema nervoso central (SNC), ou mesmo, por se tratar de uma condição na qual haja como consequência a perda de autonomia e independência do idoso, fazendo com que não consiga realizar atividades cotidianas que antes fazia com facilidade, sozinho. A condição pode gerar sentimento de frustração, sentimento de tristeza, culpa e pesar constantes e recorrentes, ansiedade, que quando recorrente ocasiona um desajustamento psicológico e consequente adoecimento (AMARAL; AFONSO; VERDE, 2020).

Alguns estudos revelam ainda que os idosos, independente de outros fatores de riscos, já estão mais suscetíveis ao desenvolvimento da depressão pelo simples fato de ser idoso, isso ocorre justamente devido ao processo de envelhecimento e suas perdas fisiológicas. Durante a velhice, o idoso tende a passar por perdas funcionais, tanto físicas quanto cognitivas, o que muitas vezes o incapacita de realizar tarefas e atividades diárias básicas, necessitando de ajuda para realizadas, causando um sentimento de incapacidade, frustração e algumas vezes, sente que está incomodando, que perdeu seu papel familiar e em meio social. Sensações que, quando recorrentes, assim como todos os outros agentes condicionantes, contribuem para o adoecimento (CAMACHO-CONDE; GALÁN-LÓPEZ, 2021)

Pela mesma maneira, a depressão é mais comum entre as mulheres que entre o meio masculino, sendo esse também um fator de risco considerável. De acordo com

Silva *et al.* (2012), a presente afirmativa decorre devido ao público do sexo feminino manter uma expectativa maior de vida, de modo que, de acordo com as estatísticas, as mulheres, em maioria, vivem mais que os homens, chegando a idades mais avançadas. Dessa forma, tendo em vista que idades mais avançadas representam um maior risco para o desenvolvimento de tal patologia, devido ao processo mais acentuado de perdas decorrentes do envelhecimento, como citado anteriormente, o sexo feminino se torna mais vulnerável ao adoecimento por transtorno depressivo.

Quando se fala em idosos residentes de ILPI, observa-se um agravante a mais, a própria institucionalização, o que acontece por diversas vertentes. Ao precisar deixar sua casa e residir em uma instituição, o idoso deixa para trás um ambiente costumeiro, familiar, no qual possivelmente viveu por anos, criou vínculos afetivos, despertando certa comoção pelo afastamento. Além disso, há a mudança de hábitos, costumes e rotina da qual fazia parte, perda de privacidade como se tinha antes devido à convivência e divisão de espaço com outras pessoas, necessitando de um período de adaptação ao qual muitos idosos têm dificuldade, pois sentem que perderam suas identidades próprias devido às mudanças vivenciadas (NÓBREGA *et al.*, 2015). Frente a esse pressuposto, Matos, Mourão e Coelho (2016) afirmam que o tempo de institucionalização também é fator crucial para o adoecimento psicológico no que tange à depressão, devido aos fatores trazidos com a institucionalização citados acima.

Ademais, os idosos, geralmente, passam a relacionar sua institucionalização com abandono familiar, o que, de acordo com Santiago e Mattos (2014) e Pimentel, Afonso e Pereira (2012), também caracteriza um importante fator de risco, pois faz com que o idoso crie uma perspectiva de insuficiência, frustração e desamparo pelos quais, muitas vezes, esperou estarem ao seu lado. Tais acontecimentos geram uma sobrecarga emocional extrema, que quando não tratada precocemente vai adoecendo o psicológico, podendo evoluir facilmente para um quadro depressivo.

Além disso, de acordo com Guths *et al.* (2017), a depressão é mais predominante em idosos viúvos ou solteiros, que não tiveram filhos ou não possuem laços afetivos com os filhos, para aqueles que tiveram, justamente por se sentirem mais solitários. Assim, tendo a perspectiva, em grande maioria, de “estarem sozinhos” e não terem ninguém por eles, para cuidar e estar ao seu lado na velhice, nos momentos de necessidade, causando receio, medo, angústia e uma extrema dor

psíquica, que contribui grandemente para o desenvolvimento da depressão e sua sintomatologia (VICENTE *et al.*, 2014).

Há ainda as características da ILPI, de maneira que, de acordo com Valcarenghi *et al.* (2011), a forma de organização e estrutura podem também representar agentes nocivos para o adoecimento do idoso, isso devido ao fato de, diversas vezes, precisar dividir espaços, como o quarto, que antes lhes era privativo, gerando um sentimento de perda de autonomia e privacidade. Outro ponto são os horários estabelecidos para quaisquer que sejam as atividades, banho, alimentação, lazer, em suas próprias casas eles mantinham uma rotina que passou a ser quebrada, servindo como fator de risco também, pois gera sensação de incapacidade, perda de autonomia sobre a própria vida e decisões (LINI *et al.*, 2016).

É muito comum os idosos desenvolverem uma síndrome conhecida como Síndrome da Fragilidade do Idoso, ou Síndrome do Idoso Frágil, de acordo com Fluetti *et al.* (2018), é caracterizada por um conjunto multidimensional de sinais e sintomas físicos e psicológico que prejudicam a estabilidade do idoso, ocasionando em uma maior vulnerabilidade para o adoecimento. Assim, segundo Ramos *et al.* (2015), essa síndrome é associada ao adoecimento mental por estar associada ao declínio físico e cognitivo, mesmo que o fisiológico decorrente da idade avançada.

Dessa maneira, tal condição é avaliada por meio dos cinco critérios: perda de peso involuntária, exaustão, diminuição da força física, diminuição da velocidade e capacidade da marcha e redução do nível de atividade física realizada. A Síndrome supracitada caracteriza um fator de risco para o desenvolvimento de doenças como a depressão justamente por ser responsável em gerar uma diminuição da capacidade psicomotora devido à não-adaptação ao processo de perdas, gerando uma sobrecarga psicológica e consequente desequilíbrio homeostático, que, por fim, ocasiona no adoecimento (MELO *et al.*, 2018).

Falta de apoio emocional, falta de interação social, distúrbios prévios de humor que são, segundo Amaral, Afonso e Verde (2020), transtornos relacionados à saúde mental caracterizados por alterações de humor, podendo ser com episódios, por exemplo, de mania (euforia excessiva) ou distímia (tristeza crônica). Trauma emocional pregresso, como a perda de um ente querido, a vivência de algum tipo de violência, o fato de viver sozinho e estresse são situações consideradas de risco para o desenvolvimento da depressão, pois, em longo prazo, causam alterações psicológicas, ocasionando no adoecimento (CYBULSKI; MANSANI, 2017).

Além das causas/agentes de risco supracitados, atualmente, a existência de uma doença denominada COVID-19, popularmente conhecida como novo coronavírus, passou a afetar bastante não só a condição física da população em geral, mas também a saúde mental, sobretudo do idoso institucionalizados. A COVID-19 é um tipo infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2, considerada potencialmente grave e de elevada transmissibilidade, de modo que, segundo Hammerschmidt e Santana (2020), tem sido causa de um alto índice de contaminação e óbitos entre a população mundial, mesmo vivenciando o distanciamento social, as medidas ainda não foram o suficiente para atenuar o vírus, de maneira que, diversas crises econômicas, culturais, sociais, educacionais e de saúde tem sido observadas mundialmente.

Com tudo isso, o novo coronavírus tem sido fonte de diversas notícias da mídia, gerando, de acordo com Malta *et al.* (2020), sentimentos como medo, ansiedade, incertezas, tristeza pela perda, muitas vezes, de amigos e parentes e, devido aos sentimentos negativos gerados e isolamento social obrigatório pela pandemia, a COVID-19 vêm contribuindo firmemente para o adoecimento mental dos indivíduos, inclusive dos idosos, visto que este público apresenta maior probabilidade de complicações e letalidade, devido à sua maior fragilidade e déficits já citados anteriormente, tornando-o ainda mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas depressivos (BRASIL, 2020). Além disso, os riscos são ainda mais aumentados quando se trata dos idosos institucionalizados, pois além do medo de contrair a doença e risco de óbito, muitos não recebem notícias dos familiares e/ou amigos, ou mesmo recebem notícias de adoecimento e/ou óbitos de pessoas próximas sentimentalmente, ficando preocupados, com sentimento de incerteza, tristeza, inutilidade e frustração, por não conseguirem ajudar de alguma forma e ansiosos.

Outras causas para o desenvolvimento da depressão, segundo Santiago e Mattos (2014), podem ser o tabagismo, uso de drogas ilícitas, etilismo, por serem responsáveis por deprimir o SNC, mesmo as drogas consideradas estimulantes, ao passar o efeito de euforia, passa a ocasionar um sentimento de tristeza, com sensação de estar faltando algo, levando não só à dependência, mas também, a sintomas depressivos. Além desses, de acordo com Nóbrega *et al.* (2015), há também o uso de medicamentos, que assim como outras drogas também podem ser responsáveis por causar certa dependência e deprimir o SNC, ocasionando em sintomatologias de depressão, desenvolvendo ou mesmo agravando o quadro clínico.



O sedentarismo, segundo Matos, Mourão e Coelho (2016), também é considerado um fator condicionante ao adoecimento psicológico, visto que a prática do exercício físico é considerado um evento protetivo devido a capacidade de liberar endorfinas e serotonina no organismo, gerando uma sensação de bem-estar e melhora do humor, assim, quando há o sedentarismo, há uma queda nos níveis desses neurotransmissores, acarretando em piora do humor e tristeza.

Conforme Paradela *et al.* (2011), o diagnóstico deve passar por algumas etapas, tendo uma anamnese profunda com o paciente e familiar, exames laboratoriais e de imagem, exame neurológico, bem como uma avaliação do estado físico geral do paciente. Para tanto, existem alguns mecanismos diagnósticos que devem ser utilizados para o diagnóstico, como, o Mine Exame do Estado Mental (MEEM), que, em concordância com Lini *et al.* (2016), é uma avaliação muito importante e precisa quando se fala em depressão. Há ainda a escala de depressão de Beck (BDI), esta, segundo Oliveira *et al.* (2011), é um instrumento muito importante para o rastreamento e identificação do nível de gravidade da depressão.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM, também é muito relevante no diagnóstico da depressão, este é um manual estatístico e diagnóstico dos transtornos mentais. De acordo com ele, o paciente deve apresentar como sintoma, no mínimo 5 dos critérios estabelecidos por ele, em período mínimo de 2 semanas, sendo que esses sintomas devem estar presentes em todos, ou quase todos os dias e, entre eles tem que haver o humor deprimido e /ou perda de prazer em quase ou todas as atividades. Alguns outros critérios, que também estão relacionados aos sinais e sintomas são, perda ou ganho de peso sem nenhum outro motivo (dieta, medicamentoso, intencional), insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva e inapropriada, capacidade diminuída para se concentrar ou mesmo para pensar, ideação suicida, pensamentos de morte, tentativa de suicídio (DSM-5, 2014).

Outros sinais e sintomas clínicos comumente evidenciados são sentimento de tristeza, sensação de vazio, angústia, autodesvalorização, pensamentos acelerados, preocupação constante, falta de esperança e choros compulsivos recorrentes, sendo que, na maioria das vezes, o indivíduo não sabe o motivo pelo qual está apresentando tais sintomas, dores físicas extremas, sem nenhuma causa física, sendo uma forma de escape neurológico, irradiando, de certa maneira, o adoecimento psicológico para o restante do corpo (LIMA, 2017). Diante da sintomatologia, para melhor compreensão

e entendimento, foi elaborado um quadro evidenciando os sintomas depressivos, divididos em sintomas mais e menos comuns expressos pelos idosos portadores da depressão:

| Mais frequentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Menos frequentes                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Humor deprimido em maior parte do tempo;<br>Mudanças de humor repentinas;<br>Perda de interesse e/ou prazer;<br>Desânimo;<br>Energia diminuída para atividades cotidianas;<br>Ansiedade;<br>Preocupação constante<br>Sentimentos de medo, culpa, solidão e abandono;<br>Problemas de concentração;<br>Falta de energia para atividades cotidianas;<br>Sensação de inutilidade.<br>Taquicardia;<br>Taquipneia;<br>Sentimentos de autodepreciação;<br>Tristeza extrema;<br>Choro constante;<br>Sonolência ou insônia;<br>Isolamento social;<br>Dependência psicológica.<br>Sensação de vazio;<br>Pensamento acelerado;<br>Angústia;<br>Irritabilidade. | Déficit do autocuidado;<br>Ideações suicidas;<br>Delírios;<br>Mudança repentina no peso;<br>Episódios de mania;<br>Náuseas;<br>Does físicas, sem causas físicas;<br>Dependência física. |

**Quadro 1:** Sinais e sintomas depressivos, mais e menos frequentes.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Contudo, é válido ressaltar que, mesmo alguns sintomas sendo menos frequentes, possuem a mesma importância que os mais frequentes, podendo acarretar em graves prejuízos à integridade física e psíquica do idoso, bem como a ideação suicida que não necessariamente está presente em todos os casos de depressão, mas representa um alto risco ao paciente, devendo os profissionais estarem atentos a todo e qualquer sinal que possa indicar um possível suicídio (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013). Dessa forma, a classificação do grau de depressão é feita com base na quantidade de sinais e sintomas apresentados,

duração e intensidade em que se encontram. Podendo ser caracterizada em três graus: leve, moderado ou grave, de maneira que o mesmo sintoma pode estar presente em diferentes graus da doença, variando apenas na intensidade em que é expresso (LIMA, 2017).

Levando em consideração os fatos mencionados, a depressão é uma doença grave, responsável por um alto índice de morbimortalidade entre os idosos institucionalizados, sendo imprescindível que haja um diagnóstico e tratamento precoces. Para tanto, o tratamento pode ocorrer tanto em suas formas não farmacológicas, através de tipos de terapias e acolhimento, e medidas farmacológicas com a administração de antidepressivos, em ambos os casos são necessários cuidados específicos da enfermagem (LIMA, 2017). Entretanto, a temática será abordada mais profundamente no capítulo 4 do presente estudo.

### **2.1.2 Contextualizando o adoecimento mental em seus aspectos históricos**

Há muito tempo se fala em saúde mental, contudo, nem sempre o adoecimento mental foi visto como uma doença de fato, sendo que antes era interpretada como castigo divino ou simplesmente loucura. Gerando, de acordo com Figueiredo, Delevati e Tavares (2014), uma vivência de preconceito, descaso, violência e sofrimento, tanto para os doentes, que na época não eram vistos como doentes, mas sim como objeto de divindades, quanto seus familiares.

Além de terem sido submetidos a experiências de eletrochoques e trepanação na tentativa de retirar os demônios e espíritos que acreditavam ser a causa da loucura, o procedimento de trepanação, por sua vez, deu origem à lobotomia, que consistia em separar as conexões que ligam os lobos frontais das outras partes do cérebro, visando a cura das doenças mentais. Contudo, ambos os procedimentos causavam, muitas vezes, a morte ou sequelas dos usuários (GUIMARÃES *et al.* 2013). Ademais, não existia algum tipo de assistência, essas pessoas eram cuidadas apenas por algumas pessoas como forma de caridade. Apenas no século XVII, Foucault começa a olhar e analisar a loucura como algo do ser humano, iniciando a mudança de visão sobre esse cenário (BRAGA; FARINHA, 2018).

Contudo, no século XVIII, de acordo com Martins *et al.* (2011), com a influência da Revolução Francesa, o psiquiatra, considerado “pai da psiquiatria”, Phillippe Pinel, começou a estudar a dita loucura, de modo que começaram a perceber as características psiquiátricas, conceituando-a como um sintoma em resposta a uma de lesão tida no intelecto humano, ou seja, como um estado de adoecimento desse intelecto. Sendo estudados os indivíduos com tal condição e criando, então, critérios diagnósticos e passando a ser cuidados pela psiquiatria, entretanto, a assistência oferecida ocorria por meio de ameaças, privações, agressões e excesso de medicamentos que os deixavam calmos e sem reações.

Outro importante símbolo para a reforma do modelo de assistência à saúde mental foi o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que conseguiu estabelecer a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, ou Lei Basaglia, como é conhecida popularmente, que dispunha acerca da abolição dos manicômios. A ação de extinção dessas instituições ocorreu de forma progressiva pois era necessária a criação de centros de saúde para cuidar dos pacientes, contudo, agora com uma assistência mais humanizada, objetivando a reinserção do usuário na sociedade (SERAPIONI, 2019).

Assim, com o período colonial, segundo Braga e Farinha (2018), essa nova visão acerca da loucura e a forma mais adequada de assistência, criada por nomes como Basaglia e Pinel, como doença é levada ao Brasil, dando início à Reforma Psiquiátrica no país. De início, pela nova visão de doença ao invés de apenas loucura, foram criados os denominados hospícios no Brasil, também conhecidos como manicômios, eram hospitais psiquiátricos destinados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais, sendo moldado ao modelo hospitalocêntrico. Entretanto, na realidade, esses hospitais eram utilizados como centros para controlar os doentes, como um local ao qual mandavam aqueles que estavam fora dos padrões de normalidade impostos pela sociedade, sendo tratados de maneira indigna, desonrosa e, muitas vezes, violenta por seus cuidadores, sem haver uma reabilitação de qualidade ou mesmo prevenção que evitasse tal quadro de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

É importante ressaltar que essas instalações eram utilizadas não só para tratar os doentes, mas também como uma forma de contenção e tratamento aos indivíduos que a sociedade julgava estar fora dos padrões morais, religiosos e culturais, servindo como um local de abandono e exclusão, agravando cada vez mais o quadro dos usuários do sistema hospitalar psiquiátrico da época, além de ocasionar o

adoecimento daqueles que eram institucionalizados erroneamente (MARTINS *et al.*, 2011).

Dessa forma, com as denúncias e críticas cada vez mais constantes acerca dessas instituições hospitalares, a partir da década de 80, a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada, ganhando força entre a sociedade (MACHADO; SCARPARO; HERNANDEZ *et al.*, 2015). Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser entendida como o processo social e político que tornou possível a reestruturação da assistência ao doente mental, através da elaboração de diretrizes e políticas voltadas à saúde mental, sendo fruto de uma série de acontecimentos em prol de uma nova visão acerca da saúde mental e sua importância, bem como a importância de uma abordagem preventiva e uma assistência modificada e de qualidade para os que adoeciam (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse contexto, por volta dos anos 80, iniciou-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que, segundo Correia e Souza-Júnior (2020), lutava pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, expondo a realidade dos manicômios, buscando uma assistência adequada e quebrando preconceitos. O MNLA foi criado logo após a I Conferência Nacional de Saúde Mental com o intuito de fechar os manicômios e abrir instituições com uma assistência diferenciada, voltada ao cuidado humanizado e reinserção do paciente psiquiátrico ao meio social, assim como ocorreu na Itália (SILVEIRA; BRANTE; STRALEN, 2014).

Diante do início da modificação da realidade manicomial, foi inaugurado em 1986 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que já existia em outros países, como a Itália. O CAPS foi criado com o intuito de substituir a hospitalização em manicômios, assim assistia pacientes na tentativa de evitar a hospitalização e prevendo uma reabilitação (AMARANTE; NUNES, 2018). Dessa forma, com os movimentos antimanicomiais cada vez mais fortes e o conceito de saúde como um direito de toda a população e o dever de oferta sendo do Estado, trazido pela Constituição Federal de 1988, de acordo com Braga e Farinha (2018), o sociólogo, e na época deputado, Paulo Delgado, criou um Projeto de Lei (PL) 3657/1989 que previa a extinção progressiva dos manicômios brasileiros, buscando a reinserção em meio familiar e social, redirecionando o modelo de assistência em saúde mental.

Assim, pouco mais tarde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 que dispõe acerca das condições ideais para funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que deve haver prática de promoção, proteção

e recuperação da saúde. E da Lei 8152/1990, que estabelece a obrigatoriedade da participação social na gestão do SUS, ou seja, esta lei traz que há uma necessidade de participação social no gerenciamento e tomadas de decisão para o funcionamento do SUS, proporcionando um respaldo para o cuidado e reinserção do paciente psiquiátrico, pois, como qualquer outro, também é portador de direitos, não podendo então continuar em uma realidade de exclusão, violências e preconceitos como era visto nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Posteriormente, em 2001, foi aprovada a Lei 10216, de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelecendo sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. Dentre os direitos previstos encontram-se o direito ao tratamento e recuperação de saúde de qualidade, com o devido respeito e dignidade, com cuidado humanizado, a reinserção tanto em sua família, quanto ao ambiente de trabalho e social (MACHADO; SCARPARO; HERNANDEZ, 2015).

Dessa maneira, com os movimentos cada vez mais frequentes em favor da saúde mental, foi vista uma transformação nos aspectos psicossociais, de forma que as pessoas antes tidas como loucas começou a ser visto como um ser humano que estava doente e necessitava de cuidados, que poderia e deveria ter uma reabilitação de qualidade, sendo criada a Política de Saúde Mental, através da Lei 10216/2001, estabelecendo diretrizes e estratégias de cuidados específicos à saúde mental, modificando a visão e o conceito do adoecimento mental e a abordagem frente a tal condição (MACHADO; SCARPARO; HERNANDEZ, 2015).

A referida política tem por objetivo fortalecer o novo modelo de assistência em saúde mental, garantindo a proteção e o amparo necessário de maneira regionalizada e hierarquizada em todos os níveis de complexidade e, como resultado das lutas vivenciadas em favor desse grupo de pessoas, a política consolida não só o livre acesso das pessoas com transtornos mentais aos serviços de saúde, mas também, a circulação e convivência em meio às comunidades social, familiar e trabalhista. Traz, portanto, como deve ser a assistência ao público em questão, através de diretrizes, princípios e estratégias que devem ser seguidas para garantir uma melhora na condição de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Todavia, com o processo de desinstitucionalização passaram a existir outros problemas, o primeiro relacionado à moradia, pois muitos dos usuários que residiam nos hospitais psiquiátricos não tinham para onde voltar. Alguns não tinham casa ou família e, alguns outros, tinham familiares, porém, seus entes não os queriam em suas

residências devido à sua condição psicológica. A segunda vertente era referente aos seus sustentos, visto que, tinham muita dificuldade em encontrar pessoas dispostas a empregar um doente mental, devido ao preconceito ainda existente e à falta de informações coerentes e verdadeiras acerca do adoecimento mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Diante desse impasse, foi criado em 2003 o Programa de Volta Para Casa (PVC) regulamentado pela Lei Federal nº 10.708/2003, que consiste em recolocar o indivíduo portador de transtorno mental e que foi institucionalizado por um período de tempo, em meio à sociedade novamente (BRAGA; FARINHA, 2018). Para isso, era concedida uma quantia em dinheiro chamada de auxílio-reabilitação psicossocial, na tentativa de garantir o sustento desses indivíduos e promover autonomia para que pudessem reiniciar novamente suas vidas.

Alguns anos após foi criado o Decreto 7508, de 2011, que regulamenta a lei 8080/90, ou seja, esse decreto federal não modifica a lei, e sim, traz novas estratégias para a saúde que estejam em consonância ao que tange a lei supracitada, operacionalizando o que estabelece a Lei Orgânica da Saúde. Dessa maneira, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento e prática de assistência à saúde, bem como vem trazer a articulação interfederativa que diz respeito a uma gestão compartilhada, fazendo com que uma região possa se articular e integrar a outra quando necessário para oferecer uma assistência integral frente às necessidades do paciente. Além disso, trata sobre os tipos de atenção que devem existir, estando entre elas atenção primária à saúde, urgência e emergência, hospitalar e atenção especializada na qual se encontra a assistência psicossocial, garantindo ao portador de transtornos mentais uma assistência prevista em lei (BRASIL, 2011).

Para além disso, ainda em 2011, com a garantia de assistência trazida pela Lei Orgânica da Saúde e, posteriormente, pelo Decreto 7508/2011, foi aprovada a Portaria 3088/2011, que implementou no SUS a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com transtornos mentais e/ou em abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Esta rede busca assegurar a assistência integral, humanizada e resolutiva ao seu público-alvo, através da integração garantida pelo Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011). Assim, os usuários do sistema têm seu cuidado em uma rede completa, que vai desde a prevenção, promoção e captação na Atenção Básica

até o cuidado específico em níveis secundário e terciário, conforme a necessidade apresentada por cada um.

Entretanto, mesmo quando em níveis diferentes e mais complexos ainda possui uma articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), devendo haver uma referência e contrarreferência entre os níveis para que exista um cuidado contínuo. Dessa maneira, as pessoas com necessidades psicológicas passam a ser acolhidas humanamente como seres inteiros, com necessidades individuais e coletivas que devem ser atendidas dignamente, da melhor maneira possível, com acesso a toda a rede de serviços, de acordo com as necessidades apresentadas e respeitando a autonomia e liberdade (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

De acordo com Silva e Lima (2017), os CAPSs, regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, possuem o objetivo de reinserção social dos usuários através da assistência integral e humanizada (CORDEIRO; OLIVEIRA; SOUZA, 2012). Tais centros se tornaram mais necessários a partir das legislações de 2001, como uma maneira estratégica de integralizar e qualificar o serviço de saúde para o doente mental. Assim, com o estabelecimento de objetivos e diretrizes através da criação da RAPS, em 2011, houve o início da integralização do serviço de saúde de fato, de modo que, o cuidado ao portador de transtornos mentais se torna responsabilidade de todos os níveis de complexidade, devendo estar sua assistência interligada entre APS, com a ESF, além de terem acesso aos serviços de assistência especializada e centros de urgência e emergência, conforme o necessário.

Atualmente os CAPSs são divididos em sete modalidades diferenciando-se de acordo com a forma de funcionamento e necessidades do público atendido, entretanto, todos possuem em comum as atividades psicoterapêuticas, desintoxicação ambulatorial, tratamento medicamentoso, orientação e apoio individual e familiar. O CAPS I possui horário de funcionamento das 08 às 18h de segunda-feira à sexta-feira e pode ser implantado em comunidades entre 15000 e 70 mil habitantes, o CAPS II, assim como o I, funciona de segunda à sexta, porém, pode ter seu horário estendido até as 21h, para sua implantação é preciso uma comunidade entre 70 mil e 150 mil habitantes, o CAPS III pode ser implantado em uma comunidade acima de 150 mil habitantes, tendo funcionamento de 24h diárias, inclusive em fins de semana e feriados (FERREIRA *et al.*, 2016).

O CAPS I é para atendimento exclusivo de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou em uso de drogas lícitas ou ilícitas, podendo ser implantado



em regiões com população acima de 70 mil habitantes, devendo seu funcionamento ser de segunda à sexta-feira, das 8 às 18h, podendo ser estendido até às 21h, conforme a demanda (FERREIRA *et al.*, 2016). Enquanto isso, o CAPSad e ad III possuem implantação e horário de funcionamento iguais ao CAPS I, contudo, o ad é de caráter comunitário, sem necessidade de leitos e pode atender no máximo 25 usuários por turno, enquanto o ad III pode possuir até 12 leitos para observação e monitoração dos usuários, podendo atender 40 usuários por turno. Por fim, o CAPSad IV pode ser implantado em municípios com mais de 500 mil habitantes, com funcionamento de 24h diariamente, possui leitos para monitorização do paciente e oferta assistência de urgência e emergência, sendo considerado um centro especializado de atendimento em saúde mental. Lembrando que todas as modalidades de CAPS ad atendem a pessoas com quadros decorrentes do abuso de álcool e drogas e que, independentemente da modalidade, os CAPS devem estar interligados com a ESF (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

Dessa maneira, a ESF, juntamente com o CAPS, visa um modelo de assistência aos portadores de transtorno mental que seja universal e equídeo. Utilizando do serviço dos ACSs para que seja feita a captação de pessoas/famílias em vulnerabilidade, a fim de proporcionar ações de prevenção e garantir um diagnóstico e assistência dos já doentes o mais precocemente possível. Dessa forma, as equipes de saúde de maneira humanizada e objetiva buscam através das práticas do cuidado assegurar a satisfação dos usuários e familiares por meio do bom cuidado e da relação positiva paciente/cuidador (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Portanto, a busca ativa realizada pelas equipes de saúde visa não só a captação, mas sim o tratamento precoce para que se consiga uma reversão positiva do quadro clínico e para que ocorra a reinserção da melhor maneira possível. Visa, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental, a descentralização da assistência ofertada e a integração de serviços psiquiátricos a fim de melhorar o processo saúde-doença (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2017).

Nesse contexto, a educação permanente dos profissionais de saúde voltados para a área de saúde mental se torna extremamente imprescindível, visto que com a capacitação de profissionais é a forma mais eficaz de assegurar uma assistência de qualidade, já que os indivíduos necessitam de atenção contínua por conta dos transtornos persistentes e severos. De maneira a manter os princípios e diretrizes

como universalidade, integralidade e participação social estabelecidos pelo SUS (SCAFUTO; SARACENO; DELGADO, 2017).

Diante do exposto, é válido ressaltar que os projetos sociais juntamente com a ESF e os CAPS são estratégias muito importantes ao cuidado do doente mental (BRASIL, 2013), visto que, projetos sociais possuem o objetivo de solucionar as vulnerabilidades dos indivíduos e comunidades identificadas através de ações da ESF como a busca ativa já citada, visando uma melhoria dos fatores de risco e aumento dos fatores protetivos, no que tange aos âmbitos psicológico e social. Para tanto, ainda de acordo com Brasil (2013), tais projetos são realizados por intermédio dos profissionais de saúde, através de programas, ações e estratégias que permitam desenvolver uma melhor qualidade das condições de vida, diante das necessidades reais evidenciadas em cada comunidade.

Consequentemente, com a ocorrência da reforma psiquiátrica e todos os acontecimentos decorrentes desse evento, a doença mental pode ser considerada como um conjunto de alterações que se manifestam no organismo vivo, em formas psicológicas e físicas, modificando sua forma de agir. Ou seja, é quando há um desajustamento psicológico multifatorial, causando, de acordo com Gaino *et al.* (2018), um desequilíbrio do bem-estar biopsicossocial, que ocasiona em sintomas não só psicológicos, mas também físicos, interferindo diretamente na forma e qualidade de vida do indivíduo, prejudicando suas relações interpessoais.

A RAPS foi atualizada pela Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, que altera significativamente a Política Nacional de Saúde Mental, a mesma tem por foco a internação de pessoas com transtornos mentais e de comportamento ou em adoecimento psicológico pelo abuso de álcool e/ou drogas (BRASIL, 2017). Além de, ainda de acordo com Brasil (2017), impor uma taxa de 80% de ocupação dos leitos dos centros de referência especializados para internação, para que haja um repasse financeiro do governo às unidades em questão, o que, de certa maneira, incentiva a hospitalização desses indivíduos, indo contra a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) instituída na Lei 10216/200, ou seja, contra as conquistas da Reforma Psiquiátrica.

É válido ressaltar que os transtornos psiquiátricos são cada vez mais frequentes, podendo estar presentes desde a infância até a velhice. Dessa forma, são diversos os tipos de transtornos existentes atualmente, destacando-se, segundo Thiengo, Cavalcante e Lovise (2014), os de humor, comportamentais e de

personalidade, estando entre os principais adoecimentos por transtornos psicológicos, os Transtornos Depressivos, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG), Transtorno Afetivo Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e a Fobia Social.

Todos os transtornos citados são frequentes entre a população em todas as suas faixas etárias, mesmo que alguns tenham uma maior prevalência em determinada idade. Assim, todos possuem uma influência direta na condição de saúde física, psicológica e social dos indivíduos. Em consequência a depressão, assunto discutido no presente estudo, assim como todo o conceito da saúde mental tem todo um aspecto histórico para chegar à definição e direitos tidos atualmente.

Desse modo, Berrios (2012) retrata que a depressão era conhecida melancolia durante o século XIX, assim, era tida não como uma doença, mas como um simples estado de tristeza que, na visão da época, era um estado de loucura advindo de punição divina e possessão demoníaca. Posteriormente, criou-se o termo “lipemania” em substituição à melancolia, esse fazia referência a uma doença cerebral caracterizada por tristeza extrema e delírios. Entretanto, com a evolução dos conhecimentos científicos e os eventos da Reforma Psiquiátrica ao longo dos anos o conceito da depressão como é conhecida hoje. Além disso, o cuidado e assistência humanizados para esse público começaram a ser vistos como algo extremamente necessário para melhoria da qualidade de vida (BERRIOS, 2012).

### **2.1.3 Envelhecimento populacional e sua relação com ILPI e depressão**

É sabido que vem sendo observado no Brasil, atualmente, um crescente número de idosos, ou seja, um aumento significativo da população com idade maior que 60 anos que podem estar ou não expostos a doenças degenerativas (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Contudo, de acordo com Ciosak *et al.* (2011), envelhecer é algo natural ao ser humano, de maneira que declínios físicos e mentais ocorrem fisiologicamente, compreendendo um processo de envelhecimento senescente, que não deve provocar mudanças amplamente significativas nas atividades rotineiras, podendo limitá-las parcialmente, mas não impedi-las, mantendo, assim, uma boa qualidade de vida, não devendo, dessa forma, ser vista como adoecimento, pois será

uma condição fisiológica típica do ser humano, sem nenhum aspecto patológico relacionado.

Assim, segundo Ciosak *et al.* (2011), com o envelhecimento fisiológico, há uma perda parcial das funções gerais, indo desde a capacidade visual, até as funções cardiovasculares, respiratória e de mobilidade, além de déficits na função cognitiva, fazendo com que haja uma limitação parcial da capacidade da realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), entretanto, é uma limitação mínima que não impossibilita as AVDs, sendo preservada a autonomia do idoso. Entretanto, conforme Fachine e Trompieri (2012), por diversos motivos o envelhecimento pode ocorrer em senilidade, ocorrendo junto a alguma condição motora ou cognitiva que aumente o declínio físico e/ou psicológico, impossibilitando a realização de suas atividades cotidianas.

Tais condições, segundo Fachine e Trompieri (2012), geralmente estão associadas a comorbidades pré-existentes, acarretando em uma maior fragilidade deste público, pois há uma junção entre os declínios fisiológicos típicos do envelhecimento e as limitações trazidas pelas doenças das quais o idoso é portador. Dessa maneira, há uma maior dificuldade, muitas chegando à impossibilidade de realizar as AVDs, ocasionando perda de autonomia e consciência e, conseqüentemente, em uma qualidade de vida inferior, o que contribui tanto para o desenvolvimento quanto para o agravamento da depressão, como uma doença crônico-degenerativa do sistema nervoso. Corroborando com o expressado, Meneses e Mendes (2014, p.181,) trazem que “a depressão está ente as principais doenças mentais que atingem os indivíduos senis [...]”.

Segundo Lini *et al.* (2016), o maior fator para o idoso ser institucionalizado está relacionado à fragilidade, de modo que, aqueles que possuem um declínio físico e mental estão mais susceptíveis ao adoecimento psicológico, assim, para Eid, Kairalla e Campora (2012), o estado cognitivo está correlacionado ao estado de dependência, principalmente no que diz respeito às AVDs, de forma que aqueles que possuem uma dependência maior tem uma possibilidade superior de ir para as ILPI por necessitarem de maiores cuidados, bem como de desenvolver a depressão, o que pode ocorrer por diversos fatores.

A Síndrome do Idoso Frágil, ou como também é conhecida, Síndrome da Fragilidade do Idoso, é uma condição muito comum entre os idosos. Essa condição de saúde é caracterizada por declínio físico e cognitivo, de maneira que com a

fragilidade há uma limitação para realização das atividades rotineiras (SANTOS *et al.*, 2015). Do mesmo modo, com a condição clínica de idoso frágil, é gerado um determinado grau de incapacidade psicológica e motora, o que torna o indivíduo vulnerável e mais susceptível ao adoecimento psicológico, por doenças como a depressão, devido à não-adaptação e não-aceitação dos déficits decorrentes da nova circunstância clínica em que se encontra (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, de acordo com Santos *et al.* (2015), para avaliar o estágio dessa situação clínica, é preciso analisar os cinco critérios descritos a seguir:

1- Perda de peso involuntária – ocorre quando o idoso perde peso rápida e significativamente sem nenhum tipo de intervenção ou desejo consciente de emagrecimento;

2- Exaustão – é quando o idoso se sente cansado/fatigado excessivamente, sem realizar alguma atividade ou exercício que gere cansaço extremo;

3- Diminuição da força física – se dá com a limitação da disposição e potência em âmbito físico;

4- Diminuição da velocidade – o idoso tem seus movimentos e ações de maneira lentificada; e,

5- Capacidade da marcha e redução do nível de atividade física realizada – ocorre devido à fragilidade e seus sintomas decorrentes, ocasionando no déficit na capacidade de deambulação e, conseqüentemente, na realização das atividades cotidianas

Neste sentido, com o aumento progressivo da quantidade de idosos e diante das necessidades de saúde e cuidados contínuos deste público, tem sido elevada a procura por Instituições de Longa Permanência voltadas para este público, que, conforme Alves *et al.* (2017), são locais/residências coletivas, que podem ser tanto particulares quanto públicas, voltadas às pessoas idosas, servindo como moradia, tanto para aqueles que tenham suporte familiar afetivo, mas que por alguma razão não consegue prestar os cuidados necessários, quanto para aqueles que não dispõem de suporte advindo da família. Dessa maneira, cada vez mais os idosos são retirados de seus lares e colocados em instituições, onde passam a morar, o que, por muitas vezes, ocorre contra o desejo do próprio idoso, podendo acontecer tanto por necessidade de assistência integral e contínua quanto também, pela insuficiência familiar como citado anteriormente (CARREIRA *et al.*, 2011).

A insuficiência familiar, de acordo com Souza *et al.* (2015), pode ocorrer em duas vertentes. A primeira se dá quando os familiares não possuem tempo suficiente para cuidar do idoso da maneira que ele necessita, ou mesmo não querem prestar a assistência adequada, pois o ser em terceira idade, como citado anteriormente, possui declínios psicomotores, de modo que será preciso uma assistência integral e contínua, o que demanda tempo, treinamento, paciência, empatia e, também, gera gastos.

Como muitas vezes não é possível ofertar esses serviços pelos familiares, seja por falta de tempo, vontade, condições financeiras ou mesmo inexistência dessa família, o idoso é colocado em uma instituição que ofereça a assistência e cuidados precisos, entretanto, mesmo sendo por diversas vezes, absolutamente necessário a institucionalização, o fato de estar em um ambiente diferente, com pessoas diferentes que lhes são estranhas, pode contribuir grandemente para o desenvolvimento da depressão. Além de poder desenvolver sentimentos de abandono por seus familiares tornando o idoso ainda mais frágil e suscetível ao adoecimento (SOUZA *et al.*, 2015).

À vista disso, a institucionalização pode ser um grande fator desencadeante da depressão, tornando-se um problema de saúde pública, visto que os idosos institucionalizados tendem a se sentirem cada vez mais sozinhos, tristes, com a sensação de abandono, além de, certa forma, perderem um pouco sua privacidade, já que, em maioria, passam a morar com outros idosos, dividindo quarto e áreas comuns. Além de muitas vezes, necessitar de cuidados íntimos, como banho, higienização íntima e/ou troca de fraldas, prestados por cuidadores aos quais o idoso não está habituado, necessitando de uma adaptação que por vezes não ocorre, desencadeando um desajustamento psicológico e, por fim, o adoecimento (ROSSETTO *et al.*, 2012).

Conforme Frade *et al.* (2015), a maior prevalência de depressão em idosos está justamente concentrada no grupo de idosos que se encontram institucionalizados. De acordo com Valcarenghi *et al.* (2011), tal condição ocorre pelo fato de a institucionalização estar sujeita a causar perda da autonomia e, conseqüentemente, aumento da dependência, seja física ou cognitiva, gerando sentimentos como frustração, impotência e tristeza. Quando esses sentimentos se tornam crônicos, automaticamente, se tornam riscos potenciais para a depressão, visto que, seu desenvolvimento não está ligado a um só motivo, mas sim está relacionado pela junção de diversos fatores.

Lini *et al.* (2016) ressaltam ainda que além do grau de dependência, outras questões como viver sozinho (a), viuvez, o fato de não possuir filhos, irmãos, amigos ou parentes próximos ou mesmo não manter um relacionamento saudável com os familiares são causas da institucionalização. Do mesmo modo, a condição financeira também pode ser caracterizada como fator desencadeante, isso porque na maioria das vezes o idoso vai precisar de assistência integral, o que não poderá ser atendido de maneira totalmente eficaz se a família precisar trabalhar a maior parte do tempo e não ter condições financeiras de pagar um cuidador, deixando o idoso sozinho, sem condições de desenvolver as atividades rotineiras cotidianas. Assim, faz-se necessária a institucionalização como forma de cuidado integral aos indivíduos, a fim de garantir que o idoso usufrua da assistência que necessita.

Entretanto, outro aspecto relacionado à ILPI considerado como agente nocivo para o adoecimento, que contribui fortemente para o desenvolvimento e/ou agravamento da depressão nos idosos institucionalizados está ligado às características físicas e organizacionais. A condição física pode se tornar um agravante por muitas vezes não permitir que o idoso mantenha uma independência, muitas vezes prejudicando a deambulação pelo tipo de piso ou que o usuário possa utilizar o banheiro sozinho, por exemplo, pois muitas vezes não possuem a infraestrutura necessária para prevenção de acidentes, como piso antiderrapante, barras de apoio e prateleiras de fácil acesso. Além de, muitas vezes, o idoso precisar dividir espaços antes privativos, como o quarto, ocasionando em uma sensação de perda de autonomia e privacidade (ALVES *et al.*, 2017).

Em relação à organização da ILPI como agente nocivo para a saúde do idoso, de acordo com Alves *et al.* (2017), pode ser observada em aspectos como os horários estabelecidos, sejam para atividades como alimentação, banho e dormir, como também para práticas de lazer, independentemente do tipo e se será realizada em conjunto ou individualmente, além da agenda de consultas profissionais e visitas de familiares e/ou amigos. Entretanto, com a institucionalização, a rotina antes mantida em suas próprias casas é quebrada, de maneira que o idoso tem que se readaptar à nova rotina, causando estranhamento e caracterizando um importante fator de risco, pois, gera sensação de incapacidade e perda de autonomia sobre a própria vida e decisões.

Como foi visto anteriormente, ao ser residente de uma ILPI, o idoso passa a compartilhar locais com outros moradores e com os profissionais atuantes, desta

maneira, a interação entre eles também pode ser ligada ao adoecimento quando ocorre de maneira negativa. Ou seja, na relação profissional-paciente deve haver uma construção de vínculo, confiança, respeito e humanização, para que haja uma convivência harmoniosa e gratificante mutuamente. Para que o tratamento seja ofertado em maior qualidade, visto que vai existir uma melhor adesão por parte do usuário e, um diálogo mais aberto entre eles permitindo conhecer quaisquer novas alterações ou perspectivas do idoso em relação à doença (CARREIRA *et al.*, 2011).

Da mesma maneira, segundo Carreira *et al.* (2011), deve existir um convívio respeitoso e harmonioso entre os pacientes, considerando o desejo, a condição física, psicológica e social de cada um, bem como o espaço individual. Não é necessário ou obrigatório que todos em mesmo ambiente se tornem amigos, dividam sonhos, medos e esperanças, mas é preciso que haja aceitação das diferenças, respeito e empatia, para que não seja criado um ambiente caótico, estressante e negativo. Pois, com uma convivência negativa entre profissionais e pacientes e entre os próprios pacientes há uma maior chance de adoecimento para ambos, inclusive no que tange ao desenvolvimento/agravamento da depressão no idoso, pois com o aborrecimento constante trazido pela exposição constante às divergências e infelicidade causada por uma convivência ruim, há o desenvolvimento do estresse, ansiedade, podendo evoluir facilmente para uma depressão (MOTTA; MOREÍ; NUNES, 2017).

Dessa maneira, de acordo com Gerritsen *et al.* (2011), com a sintomatologia e consequências expressas pela depressão, apresentadas pelos idosos institucionalizados, em maior parte das vezes, é visto que esses mantêm uma qualidade de vida (QV) inferior se comparado a outros idosos sem transtorno depressivo, visto que a patologia discutida ocasiona em uma maior fragilidade em comparação aos idosos senescentes, considerados não-frágeis. Assim, a QV inferior relaciona-se aos déficits funcionais e cognitivos, bem como a perda de privacidade, conforto, autonomia, segurança, privacidade e individualidade, pela dificuldade ou mesmo incapacidade para o autocuidado, ocasionando em sentimento de frustração e autodesvalorização, prejudicando na forma de vida como se tinha anteriormente e dificultando a realização de atividades necessárias, o que diminui significativamente o índice de qualidade de vida, justamente pelo idoso ser impossibilitado de realizar suas atividades tanto necessárias quanto prazerosas (GERRITSEN *et al.*, 2011).

Concomitante a isso, para Carreira *et al.* (2011), a saída dos idosos de suas casas e, de certa forma, o abandono de suas vidas da forma que a conheciam, bem



como o fato de estarem em um lugar diferente do habitual que, muitas vezes, não desejavam ou gostariam de estar, com pessoas que não conhecem, com regras e hábitos que não estão acostumados, causa um impacto muito grande nas vidas de todos esses indivíduos. Com isso, gerando também a tristeza, o sentimento de inutilidade que vai progressivamente aumentando até que os sentimentos são tão fortes que fazem o idoso se afastar de todos e tudo, não sente mais vontade de fazer o que antes lhe dava prazer ou, simplesmente, conversar com as pessoas ao seu redor, ocorrendo o isolamento social, típico sinal da depressão.

Além do mais, é comum por muitas vezes, o idoso se sentir e demonstrar irritabilidade e, frequentemente, apresentar comportamento agressivo tanto para si quanto para os outros, o que pode perdurar por meses ou mesmo anos sem fechar um diagnóstico de depressão, quando apresentado isoladamente, por mais que sendo esses sintomas típicos da depressão, isso devido ao fato de fazer com que as pessoas em volta vejam essas atitudes como grosseria e falta de educação e respeito, não vendo como algo ocasionado por um adoecimento, dificultando o diagnóstico precoce e, mesmo quando comprovada a causa pelo transtorno depressivo, pode ocasionar em afastamento das pessoas em volta e piorar ainda mais o quadro do paciente, pelo mesmo interpretar a situação como uma situação na qual ele está magoando as pessoas em sua volta, mesmo que de modo inconsciente (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Dessa forma, de acordo com Nóbrega *et al.* (2015), é possível afirmar que a depressão está intimamente ligada ao idoso institucionalizado, tanto pelo envelhecimento fisiológico e os declínios trazidos por ele, quanto pela institucionalização em ILPI que, devido aos fatores citados anteriormente, potencializa a probabilidade de desenvolvimento da depressão e agravamento, sendo, então, um fator de predisposição muito importante, ao qual o profissional de saúde deve sempre estar atento, a fim de identificar precocemente e tratar de maneira devida, evitando que o quadro evolua para um estado grave, monitorando constantemente e interferindo positivamente para que haja reversão e melhora da condição clínica. Além disso, em concordância com Cavalcante, Minayo e Mangas (2013), a depressão é um importante fator de risco para o suicídio, o que aumenta mais ainda as chances do suicídio, devendo, assim, ter uma ampla atenção multiprofissional, a fim de evitar tal agravamento.

### **2.1.4 Cuidados ao idoso portador de depressão: uma abordagem multiprofissional**

Analizando os capítulos anteriores, fica evidente a correlação existente entre envelhecimento, institucionalização em ILPI e o acometimento da depressão, assim, de acordo com Carreira *et al.* (2011), não só os profissionais de saúde em geral, mas também todos os outros profissionais que trabalham diretamente com o idoso na ILPI devem estar capacitados para que possam detectar os sinais e sintomas apresentados pelos usuários, de maneira que consigam fazer a detecção precoce e, assim, iniciar um tratamento o quanto antes, visto que quanto mais precoce sejam implantadas as intervenções necessárias, maior a chance de reabilitação do paciente. Além disso, os profissionais atuantes na instituição devem tentar ao máximo fazer com que os idosos não se sintam tão solitários e incomodados por estarem em ILPI, de modo que seja minimizada o quanto possível a existência de fatores de risco.

Para tanto, são necessárias a adoção de algumas ações e estratégias tanto no sentido de promover prevenção quanto para recuperação da saúde e qualidade de vida do paciente portador de depressão. Assim, é evidente a importância de os profissionais estarem capacitados para promover a prevenção a essa condição de saúde, bem como, identificar os sinais e sintomas de acometimento e/ou agravamento do quadro clínico demonstrados pelo paciente, para que com essa percepção seja elaborado, junto a uma equipe multiprofissional de saúde, um plano terapêutico adequado e específico à condição do idoso, levando em consideração sua realidade cotidiana e o máximo de preservação de sua autonomia, a fim de promover melhora do quadro de saúde (LIMA, 2017).

Duas políticas extremamente relevantes quando o assunto é depressão em idosos são PNSI e a PNSM. A primeira, estabelecida através da Lei 8.842, é a política voltada à pessoa idosa, com o intuito de assegurar seus direitos. Assim, serve como instrumento para elaboração e implantação de estratégias visando a preservação da saúde física e mental do idoso, promovendo formas de autonomia e integração social, sendo muito importante na prevenção do desenvolvimento e agravamento de condições como Síndrome do Idoso Frágil, senilidade e depressão (FERNANDES; SOARES, 2012).

Enquanto isso, a PNSM, conforme Machado, Scarparo, Hernandez (2015), é voltada à saúde mental em todos os âmbitos, sendo instituída através da lei 10216/2001, estabelece diretrizes e estratégias específicas à assistência da saúde mental, com o intuito de determinar e assegurar direitos aos portadores de transtornos mentais e de comportamento, mantendo proteção, amparo e assistência de maneira regionalizada e hierarquizada nos três níveis de complexidade, assegurando o tratamento integral, garantindo uma melhora na condição de saúde e visando sempre a reabilitação e reinserção em meio social (AMARANTE; NUNES, 2018).

Ambas as políticas trazem estratégias de intervenção tanto voltadas a medidas preventivas e protetivas quanto de recuperação e reabilitação da saúde, assim, devem ser utilizadas antes mesmo do adoecimento, justamente para evitar que ocorra. Da mesma maneira, torna-se imprescindível a elaboração de um plano terapêutico, visando a elaboração de um plano de cuidados integrais ainda mais amplo e completo em relação aos cuidados diários para com esse paciente.

Uma estratégia muito relevante é o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), essa, conforme Alvim (2013), é uma metodologia de prestação de cuidados de enfermagem, visando um aumento na qualidade da assistência prestada. Para tanto, consiste na elaboração de um plano assistencial específico a cada paciente, sendo realizada em cinco etapas. A primeira consiste na coleta de dados e exames físicos realizados, a segunda é a realização de diagnósticos próprios da enfermagem, elaborados frente aos riscos os quais o paciente está exposto e aos sinais e sintomas evidenciados na coleta de dados. O terceiro passo é o planejamento, momento no qual serão definidos os resultados esperados em determinado período de tempo, que deve ser definido através do raciocínio crítico do profissional, para o paciente diante dos diagnósticos já elaborados.

Logo após é elaborada a quarta fase, a implementação na qual serão traçadas as estratégias e ações que deverão ser realizadas pela equipe, delimitando os profissionais necessários a cada ação e o intervalo de uma ação para outra, ou seja, este é o momento no qual o profissional irá delimitar a ação a ser realizada, os profissionais que poderão realizar, o período e como realizar a ação para chegar aos resultados esperados. Por fim, é realizada a quinta e última etapa da SAE, a avaliação, essa consiste em analisar periodicamente o paciente a fim de evidenciar quaisquer alterações na condição clínica, para tanto, deve-se realizar uma nova coleta de dados para que seja feita uma comparação com a anterior, analisando se as intervenções

foram eficazes ou se é preciso ajustá-las. Dessa maneira, a SAE constitui um processo contínuo, devendo ser elaborado periodicamente, acompanhando a evolução da condição de saúde e adequando o plano terapêutico às necessidades evidenciadas até que se consiga alcançar todos os objetivos de melhora estabelecidos (ALVIM, 2013).

Acompanhando esse raciocínio:

O profissional de enfermagem deve motivar a mudança de comportamento e hábito para atitudes de vida saudável, propondo como meta a aderência ao esquema terapêutico do seu cliente. É necessário avaliar o nível de funcionamento fisiológico e psicológico, a capacidade do paciente quanto à percepção de sua doença, as barreiras, os recursos de que dispõe e as reações e variáveis que dificultam a adoção de comportamentos específicos e hábitos saudáveis (MENESES, MENDES, 2014, p.182).

Assim, é observável a necessidade de o profissional de enfermagem estar apto, capacitado e atento na detecção de quaisquer sinais e sintomas, bem como em alterações tanto positivas quanto negativas do paciente, buscando o incentivo de adesão ao tratamento terapêutico e mudanças necessárias, auxiliando na adaptação, orientando e avaliando constantemente, visando sempre a evolução positiva do quadro clínico (MENESES; MENDES, 2014).

Contudo, apenas as intervenções de enfermagem isoladamente não são suficientes para sanar os problemas do paciente idoso portador de depressão, sendo necessária uma equipe envolvendo diversas áreas da saúde, a fim de solucionar todas as vertentes do adoecimento, incluindo a criação de fatores protetivos para evitar recaídas da doença novamente. Dessa maneira, de modo geral o idoso com depressão necessita de equipe de saúde contendo médico(a) psiquiatra, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, psicólogo(a) e terapeuta ocupacional. O psiquiatra faz o diagnóstico médico da doença e auxilia no tratamento, principalmente através de medidas medicamentosas, o enfermeiro irá realizar a SAE, acompanhamento diário do paciente e realização de alguns dos procedimentos necessários à condição apresentada pelo idoso, tal como administração de medicamentos e auxílio nas AVDs, por exemplo. O técnico de enfermagem também fará o acompanhamento diário e realização de procedimentos e AVD. O psicólogo relaciona-se sobretudo com as terapias não medicamentosas. E, o terapeuta ocupacional será responsável por proporcionar atividades ocupacionais terapêuticas

objetivando a melhora tanto física quanto psicológica, específicas aos problemas apresentados, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente (BRASIL, 2013).

Ademais, visando um atendimento integral, o idoso deverá dispor ainda das especialidades em saúde de acordo com as doenças e/ou alterações apresentadas. Assim, os atendimentos nutricional, odontológico, fisioterapêutico e farmacêutico também se fazem imprescindíveis, visto que com o processo de envelhecimento e as mudanças fisiológicas, pode haver a necessidade de uma alimentação mais balanceada, de fácil digestão e com a quantidade de nutrientes adequados. Odontológico, devido à saúde bucal ser preciso tanto no que diz respeito a uma melhora da alimentação pelo processo de mastigação, quanto pela questão psicológica relacionada à estética. Fisioterapêutico, devido às limitações físicas trazidas pelo processo de envelhecimento, seja em senescência ou senilidade; e, farmacêutico, para um melhor entendimento e administração dos medicamentos prescritos, garantindo que não haja erros na escolha ou interação entre eles (BRASIL, 2013).

Seguindo esse pressuposto, as intervenções de enfermagem e multiprofissionais devem ser pautadas nos sinais e sintomas, nas causas e fatores de risco, detalhados no capítulo 01, aos quais o idoso encontra-se exposto, dessa forma, o primeiro passo sempre deve ser a construção de um vínculo de confiança entre profissional e paciente para melhor atuação entre ambos, para que o paciente se sinta mais confortável a relatar suas queixas clínicas, anseios e medos e, permitindo uma assistência integral, com melhor adesão ao tratamento indicado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma excelente estratégia multiprofissional a ser desenvolvida nos casos mais complexos da depressão. Assim, o PTS representa um conjunto de ações e condutas elaboradas especificamente para o indivíduo através de umas necessidades biopsicossociais, respeitando suas singularidades e utilizando de todo o recurso profissional necessário, buscando uma assistência humanizada, integral, contínua e eficaz. Dessa forma, tanto para sua elaboração quanto para sua aplicação, é preciso o trabalho em conjunto de todas as áreas necessárias ao tratamento, devendo ser elaborado inclusive, com o próprio paciente, quando este apresenta condições clínicas que permitam a participação, pois faz com que o idoso se sinta incluído e tenha autonomia sobre seu próprio corpo, sua vida e suas escolhas, melhorando, assim, as chances de adesão ao projeto traçado (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Para elaboração do PTS, são necessárias quatro etapas: 1 - análise do quadro clínico e elaboração de hipótese diagnóstica; 2 - definição das ações e metas a serem realizadas; 3 - divisão das responsabilidades de aplicação das ações; e, 4 - reavaliação das estratégias traçadas. A primeira consiste em fazer a avaliação das condições físicas e psicológicas do paciente, evidenciando fatores de risco, sinais e sintomas apresentados. Na segunda etapa são elaboradas as metas a serem atingidas e as ações, para que haja o alcance das metas diante do quadro clínico evidenciado; logo após é feita a definição da responsabilidade de cada profissional envolvido para colocar em prática as ações determinadas, sendo este a terceira etapa. Por fim, a fase número quatro consiste na reavaliação do indivíduo após aplicação das estratégias, para observar se foram suficientes e se houve melhora ou piora do quadro, neste último caso deve ser refeito o PTS (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Além do mais, podem ser utilizadas diferentes táticas complementares ao tratamento, como as terapias que são conjuntos das práticas terapêuticas utilizadas por psicólogo com o intuito de diminuir os sinais e sintomas apresentados, sejam no âmbito físicos ou psicológico, analisar as causas e fatores de risco aos quais está exposto e saná-los. Assim, podem ser comunitárias ou individual, variando de acordo com as necessidades do paciente (BRASIL, 2013).

O uso de métodos relaxantes como acupuntura, musicoterapia, aromaterapia, meditação, cromoterapia, hortoterapia, também pode auxiliar na amenização da sintomatologia apresentada, pois, auxiliam na diminuição do estresse físico e psicológico, promovendo suporte mútuo e oficinas de lazer, influenciando, por todo o tempo, o idoso a manter suas atividades de vida diárias como possível, o que é necessário para o desenvolvimento de uma maior sensação de autonomia e independência, diminuindo, assim, os fatores de risco para acometimento e agravamento do quadro de depressão, e aumentando os fatores protetivos, evitando reincidências da doença (BRASIL, 2013).

Assim, foram traçadas abaixo algumas intervenções construídas através do livro Cadernos de Atenção Básica de Saúde Mental (nº 34), que é voltado aos portadores de patologias psiquiátricas, e o livro NIC: classificação das intervenções de enfermagem, que é um livro contendo intervenções voltadas às diversas problemáticas evidenciadas pela enfermagem e, através da leitura de diversos dos artigos utilizados na elaboração da presente obra:

- 1 - Manter contato com familiares, conforme seja possível, esclarecendo dúvidas e orientando quanto os sinais e sintomas que podem apresentar;
- 2 - Orientar o paciente, familiares e/ou cuidadores quanto às medidas de tratamento farmacológico;
- 3 - Explicar sobre as medidas não farmacológicas para paciente, familiares e/ou cuidadores;
- 4 - Identificar a etiologia da depressão específica de cada caso para poder traçar intervenções adequadas;
- 5 - Exercitar e utilizar da habilidade de empatia, atendendo ao paciente sem nenhum tipo de preconceito ou julgamento;
- 6 - Auxiliar o paciente a realizar suas AVDs conforme seja necessário, de modo que não torne o paciente dependente, mas gere autonomia;
- 7 - Proporcionar apoio emocional, de maneira a minimizar sentimentos de pesar e culpa;
- 8 - Realizar referência e contrarreferência entre ESF e CAPS para que o paciente possa obter acompanhamento multidimensional e obter uma recuperação mais rápida e eficiente;
- 9 - Orientar quanto à importância do apoio familiar na adesão e continuidade do tratamento;
- 10 - Avaliar se o paciente apresenta risco para ele mesmo ou para outras pessoas;
- 11 - Analisar o funcionamento cognitivo, através do monitoramento da memória, concentração e capacidade de tomar decisões;
- 12 - Avaliar a capacidade para o autocuidado, caso não haja, auxiliar nos cuidados pessoais;
- 13 - Auxiliar o paciente a utilizar medidas adequadas para extravasar suas emoções;
- 14 - Oferecer estratégias para promover interações sociais;
- 15 - Disponibilizar materiais e atividades que melhorem o humor do paciente;
- 16 - Ajudar o paciente a utilizar técnicas próprias para enfrentamento dos problemas;
- 17 - Avaliar alterações do sono e proporcionar técnicas para saná-las;
- 18 - Proporcionar técnicas terapêuticas para o paciente se sentir útil e valorizado;

19 - Avaliar junto à equipe multiprofissional o tipo de terapia mais adequada de acordo com o quadro clínico do paciente;

20 - Monitorar constantemente qualquer sinal de agravamento do quadro clínico e evolução para um possível suicídio;

21 - Prestar um atendimento humanizado para o idoso, familiares e/ou familiares;

22 - Incentivar que o idoso participe de terapias, conforme o tipo indicado;

23 - Utilizar palavras de conforto e incentivadoras para aliviar sentimentos nocivos;

24 - Incentivar a realização de técnicas relaxantes, como massoterapia, acupuntura, musicoterapia, hortoterapia, aromaterapia, meditação, para aliviar estresse físico e psicológico;

25 - Promover acompanhamento psicológico contínuo;

26 - Proporcionar atendimentos em saúde específicos, conforme necessidade do idoso;

27 - Realizar reavaliação do quadro clínico e estratégias utilizadas periodicamente;

28 - Incentivar a realização de atividades prazerosas pelo idoso;

29 - Elaborar plano terapêutico específico, conforme necessário;

30 - Demonstrar empatia, a fim de garantir boa relação entre profissional-paciente;

31 - Proporcionar estratégias de criação de confiança entre profissional e paciente, com o intuito de verbalização por parte do idoso, sobre dúvidas, medos, preocupações e insatisfações;

32 - Auxiliar o idoso na identificação de pontos importantes em sua vida pessoal, familiar e social;

33 - Disponibilizar tempo para que o idoso possa expressar sentimentos e angústias e ouvi-lo atenta e humildemente;

34 - Fazer com que o idoso participe da tomada de decisões sobre seu próprio tratamento;

35 - Demonstrar preocupação sincera pelo idoso e suas queixas, sem demonstrar nenhum tipo de julgamento;

36 - Auxiliar o idoso a identificar as possíveis causas dos seus sentimentos negativos e ajudar a superá-los;



37 - Proporcionar atendimento profissional de saúde especializado frente às necessidades decorrentes do envelhecimento, visando prevenir possíveis limitações;

38 - Estimular os familiares a participar da vida do idoso, visitando-o e ouvindo-o, conforme seja possível;

39 - Avaliar possível risco de suicídio e intervir para que não ocorra;

40 - Atentar aos medicamentos utilizados, tipo, dosagem, horários;

41 - Garantir a segurança do paciente, tanto física, quanto psicológica e espiritual, em relação a si e aos outros;

42 - Desenvolver e aplicar estratégias a fim de garantir uma boa relação entre os pacientes;

43 - Desenvolver atividades ocupacionais nas quais o indivíduo se sinta útil e necessário;

44 - Proporcionar atividades em grupo para os idosos residentes da ILPI, a fim de garantir uma integração social;

45 - Deixar que o idoso realize atividades de autocuidado e de rotina, conforme apropriado, com o intuito de garantir autonomia e dependência.

Entretanto, faz-se preciso ressaltar que, antes de realizar qualquer intervenção, é necessário fazer uma avaliação multiprofissional completa do estado de saúde do idoso, pois cada caso é único e possui suas singularidades, assim como seus portadores. Portanto, deve ser avaliada a necessidade de um plano individualizado específico, buscando sempre a assistência integral, resolutiva e de qualidade.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa realizado no Centro Universitário AGES – UniAGES, em Paripiranga (BA). Este tipo de estudo é caracterizado como um tipo de ferramenta investigativa sintética, tendo como intuito principal possibilitar a compreensão do pesquisador mediante a análise e investigação dos múltiplos estudos requeridos, visando alcançar, de maneira mais abrangente, o entendimento frente a fenômenos particulares, partindo do pressuposto de que tal tipo de estudo, o de revisão integrativa, permite a combinação de dados da literatura empírica, teórica e estudos experimentais e não experimentais, conforme o nível de evidência científico requerido pela pirâmide, existindo, ao final, uma síntese de conhecimento oriundo dos resultados práticos encontrados (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a realização deste estudo, foi necessária a utilização dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em associação ao *Medical Subject Headings* (MeSH) (DeCS, 2017; MeSH, 2019), partindo do pressuposto de que algumas das bases de dados incluídas neste trabalho aderem aos descritores dessa plataforma. Desse modo, foram selecionados, em comum acordo, entre as duas plataformas, os seguintes descritores: *Depression*; *Depresión*; *Institutionalization*; *Institucionalización*; *Health of the Elderly*; *Salud del Anciano*. Formulando, a partir dos operadores booleanos, a seguinte expressão de busca: (“Depressão”) AND (“Idoso” OR Saúde do Idoso) AND (“Institucionalização”), em uma busca teste nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Índice Bibliográfico *Español* em *Ciencias de la Salud* (IBECS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Sem adoção de critérios de inclusão ou exclusão, foram encontrados: 247 resultados, conforme demonstrado abaixo.

| Base de dados                       | Expressão de busca                                                        | Total de estudos 1ª busca |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| BVS (LILACS, MEDLINE, IBECS, BDENF) | (“Depressão”) AND (“Idoso” OR Saúde do Idoso) AND (“Institucionalização”) | 197 Resultados            |
| Coletânea SciELO                    | (“Depressão”) AND (“Idoso” OR Saúde do Idoso) AND (“Institucionalização”) | 50 Resultados             |

**Quadro 2:** Expressão de busca para estratificação dos estudos.

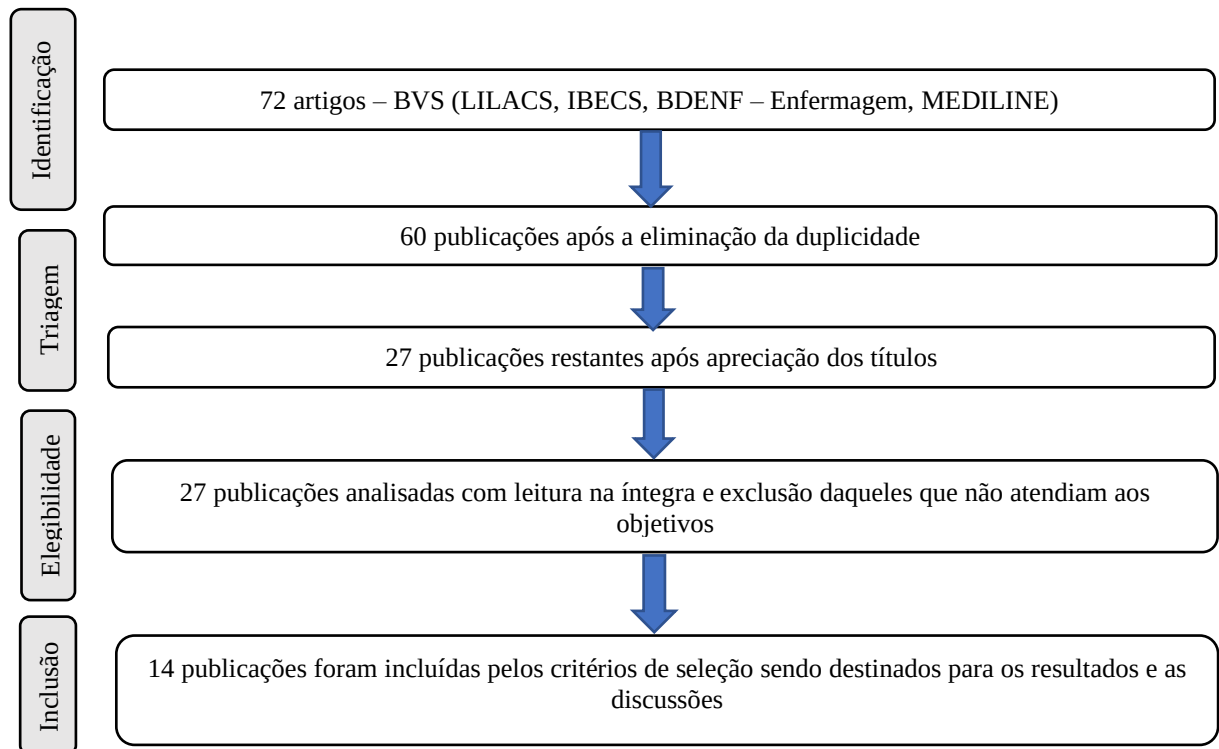
**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Adotando-se como critérios de inclusão para esse estudo: estudos primários com desenho quase experimental e não experimental, estudos ecológicos, estudos randomizados e não randomizados, caso controle, coorte e pesquisa descritiva com seres humanos, bem como estudos secundários do tipo meta análise e revisão sistemática. A inclusão desses tipos de estudo se deu mediante os níveis de evidências científicas que os mesmos retratam, estando ambos no topo da pirâmide de evidências científicas (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Adotaram-se, ainda, textos na íntegra que respeitassem os princípios éticos da pesquisa: comitês, protocolos e normativas vigentes em cada país de publicação; nos idiomas: inglês, português e espanhol, com restrição temporal de dez anos, ou seja, de 2011 a 2021.

| Base de dados                             | Expressão de busca                                                        | Total de estudos 2ª busca (inclusão) |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>BVS (LILACS, MEDLINE, IBECs, BDNF)</b> | ("Depressão") AND ("Idoso" OR Saúde do Idoso) AND ("Institucionalização") | 72 Resultados                        |
| <b>Coletânea Scielo</b>                   | ("Depressão") AND ("Idoso" OR Saúde do Idoso) AND ("Institucionalização") | 35 Resultados                        |

**Quadro 3:** Expressão de busca para estratificação dos estudos mediante critérios de inclusão.  
**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Conforme demonstrado no Quadro 3, *Expressão de busca para estratificação dos estudos mediante critérios de inclusão*, após adoção dos critérios de inclusão, os resultados se limitaram a um total de 107 estudos. A primeira seleção pós-critério de inclusão foi a exclusão das duplicidades dos artigos nas bases de dados, de modo que restaram 82 artigos. Posteriormente a essa exclusão, foram apreciados os títulos de cada artigo para sua seleção frente à proximidade com a temática abordada por esse estudo, resultando na exclusão de 54 artigos, restando 28. Estes passaram por uma criteriosa análise dos resumos presentes nestes, avaliando com atenção método e resultados primários encontrados, o que resultou na exclusão de 6 artigos, restando 22 artigos, os quais foram analisados na íntegra, sendo, destes, excluídos apenas 8 artigos, restando um total de 14 artigos como demonstrado na Figura 2 (Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados selecionadas), os quais foram dispostos em um quadro síntese para discussão.

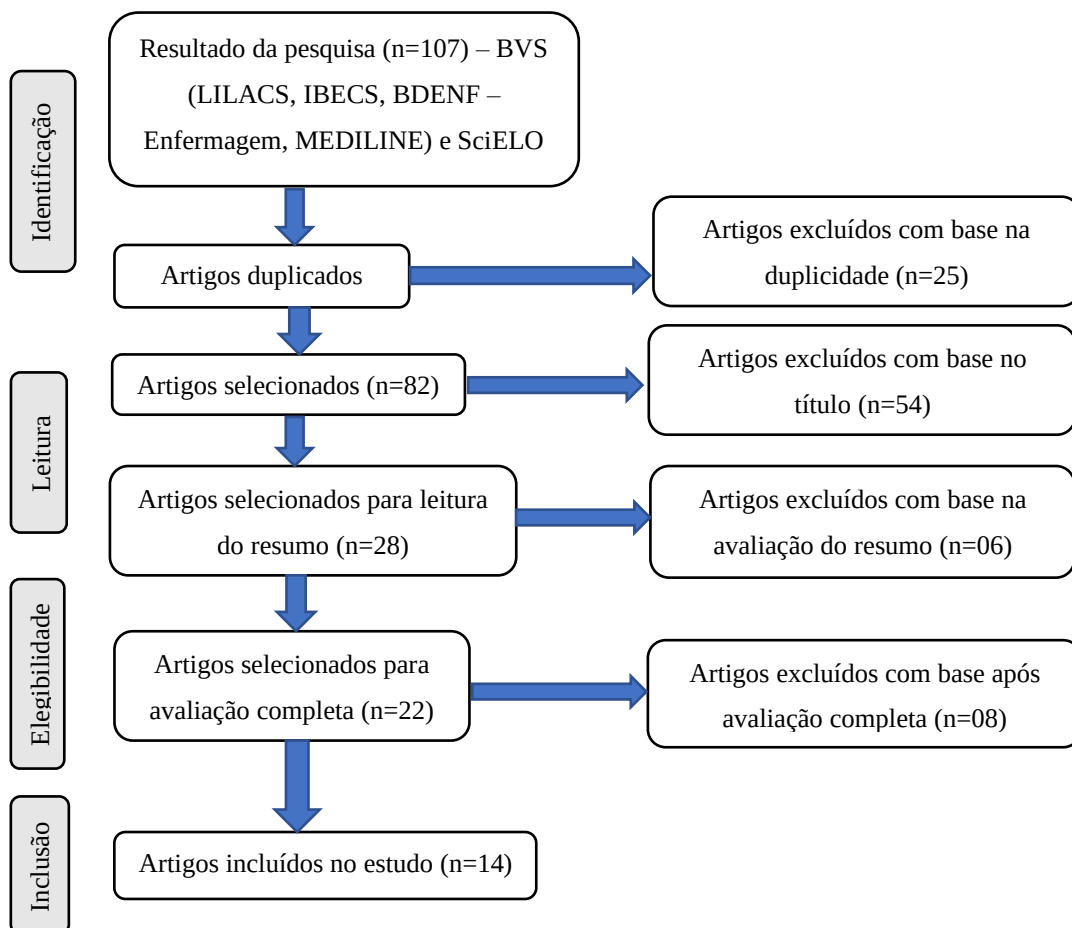


**Figura 2:** Fluxo da seleção dos estudos primários incluídos na revisão integrativa de acordo com as bases de dados selecionada.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Após definição criteriosa e inserção dos filtros na base de dados da Coletânea SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, foi identificado um total de 107 artigos científicos dos LILACS, IBECs, BDENF – Enfermagem e MEDILINE. Entre esses arquivos, após exclusão por duplicidade, restaram 82 obras, das quais, foram anuladas mais 54 obras com base no título, sendo selecionados 28 títulos para leitura de resumo. Posteriormente, 22 obras foram selecionadas para análise completa, de maneira a serem escolhidos 14 artigos para a etapa dos resultados e da discussão do presente trabalho de conclusão de curso. Tal processo de busca dos artigos inclusos pode ser observado em resumo na Figura 3.



**Figura 3:** Fluxo da seleção dos estudos incluídos nos resultados e na discussão.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Como evidenciado no fluxograma apresentado anteriormente, referente aos artigos escolhidos para descrição dos resultados e das discussões, 14 artigos atenderam aos critérios de inclusão, sendo selecionados para alcançar os objetivos inicialmente traçados e responder à pergunta elaborada. As obras descritas foram selecionadas, exclusivamente, para o desenvolvimento teórico e metodológico do tópico de resultados e discussão. Além do mais, os artigos utilizados para esta etapa foram sintetizados no Quadro 4, de modo a evidenciar suas propriedades metodológicas principais, sendo destacadas por: número do artigo, nome dos autores/ano de publicação do periódico, título do trabalho, conforme idioma encontrado, delineamento metodológico e objetivo.

| Nº | Autor/ ano                       | Título                                                                                                             | Delineamento metodológico                                 | Objetivo                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SIVA <i>et al.</i> , 2012        | Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídios ao cuidado de enfermagem. | Estudo de corte, de caráter observacional.                | Verificar a prevalência de sintomas de depressão em idosos institucionalizados e verificar possíveis fatores associados que possam subsidiar a assistência de enfermagem. |
| 2  | BORGES <i>et al.</i> , 2013      | Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados.         | Estudo transversal, de abordagem quantitativo.            | Comparar o equilíbrio funcional, o risco de quedas, as tendências à depressão e prevenção da cognição entre idosos institucionalizadas e não-institucionalizadas.         |
| 3  | OLIVEIRA; SANTOS; PAVARINI, 2014 | <i>The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly.</i>           | Estudo transversal, de caráter descritivo e quantitativo. | Verificar a relação entre funcionalidade familiar e sintomas depressivos de idosos institucionalizados.                                                                   |

|   |                                 |                                                                                                                    |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
|---|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | OLIVEIRA;<br>TAVARES,<br>2014   | Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência, segundo necessidades humanas básicas. | Estudo transversal, analítico, observacional, com abordagem quantitativa. | Caracterizar os idosos residentes em ILPI, segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, causa de admissão e tempo de permanência; e descrever suas condições de saúde, segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas. |
| 5 | GOMES;<br>REIS, 2016            | Descrição dos sintomas de ansiedade e depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil.        | Estudo descritivo, de caráter exploratório e quantitativo.                | Avaliar os níveis de ansiedade e de depressão em uma população de idosos institucionalizados em municípios do interior do estado da Bahia, Brasil.                                                                            |
| 6 | HARTMANN-JÚNIOR;<br>GOMES, 2016 | Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida.                                   | Estudo transversal, de caráter observacional e abordagem descritiva.      | Determinar o percentual de depressão, variáveis psicossociais e qualidade de vida de idosos institucionalizados.                                                                                                              |
| 7 | TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2016   | Atividade física, autoestima e depressão em idosos.                                                                | Estudo transversal, de abordagem quantitativa.                            | Verificar de que modo a prática de atividade física influencia a autoestima e os níveis de depressão em idosos.                                                                                                               |
| 8 | MEDEIROS <i>et al.</i> , 2017   | Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados: revisão sistemática de estudos quantitativos.        | Revisão sistemática de estudos observacionais quantitativos.              | Verificar as evidências científicas sobre estudos observacionais que avaliaram a qualidade de vida global de residentes de ILPIs, mencionados por instrumentos de medida quantitativa.                                        |

|    |                                      |                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                                                                                                                                             |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | BERMEJA;<br>AUSIN, 2018              | <i>Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica.</i> | Revisão sistemática da literatura.                                   | Revisar os programas de combate à solidão em idosos institucionalizados e analisar seu rigor metodológico.                                                                                                  |
| 10 | SAINTRAIN<br><i>et al.</i> , 2018    | Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar.                                                       | Estudo transversal, de caráter descritivo, analítico e quantitativo. | Identificar a prevalência de depressão de idosos residentes em instituições de longa permanência e em sua relação com os motivos de institucionalização.                                                    |
| 11 | MELO <i>et al.</i> ,<br>2018         | Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados.                                             | Estudo analítico de coorte transversal, de caráter descritivo.       | Analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos institucionalizados.                                                                                               |
| 12 | SCHERRER-JÚNIOR <i>et al.</i> , 2019 | <i>Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression.</i>                                                    | Estudo transversal, de caráter descritivo e quantitativo.            | Comparar a qualidade de vida de idosos residentes de instituições de longa permanência com e sem sintomas de depressão e identificar as variáveis que se correlacionam com os escores de qualidade de vida. |
| 13 | GUIMARÃES<br><i>et al.</i> , 2019    | Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes instituição de longa permanência.                                             | Estudo transversal, de caráter exploratório e quantitativo.          | Verificar a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos institucionalizados.                                                                                                          |



|    |                              |                                                                                                                         |                         |                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | KURATA;<br>CARREIRA,<br>2019 | Influência da<br>institucionalização<br>no<br>desenvolvimento<br>de depressão em<br>idosos: uma<br>revisão integrativa. | Revisão<br>integrativa. | Identificar, na<br>literatura científica,<br>elementos essenciais<br>do idoso<br>institucionalizado com<br>sintomas depressivos<br>e verificar evidências<br>para o cuidado a esta<br>população. |
|----|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Quadro 4:** Artigos que atendiam aos critérios de inclusão.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Diante do evidenciado no Quadro 4, os estudos selecionados para fazerem parte da etapa de resultados e discussões foram publicados, respectivamente, nos anos de 2012 (n= 1), 2013 (n= 1), 2014 (n= 2), 2016 (n= 3), 2017 (n= 1), 2018 (n= 3) e 2019 (n= 3), as publicações escolhidas estão em três idiomas, português (n=11), inglês (n=2) e espanhol (n=1). Conforme demonstrado pelo delineamento metodológico postulado por este estudo, percebe-se que foram utilizados estudos envolvendo meta-análise e revisão sistemática (n=4; 28,6%); estudo de coorte e caso controle (n=2; 14,3%), e estudos quantitativos, transversais ou longitudinais (n=8; 57,1%).

Diante dos objetivos, estes artigos se propõem à depressão em idosos institucionalizados em diversos aspectos, englobando os fatores determinantes e condicionantes para desenvolvimento da patologia supracitada, os sinais e sintomas característicos, interferência na qualidade de vida desses indivíduos, bem como a assistência do enfermeiro e as intervenções para cuidados com idosos depressivos, residentes de ILPI, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Fatores esses necessários não somente para diagnóstico e tratamento, mas, principalmente, para prevenção de novos casos e/ou recorrências da depressão.

#### **4.1 Análise dos Estudos conforme os Principais Aspectos relacionados ao Desenvolvimento da Depressão em Idosos Institucionalizados**

O Quadro 5 trata de uma análise sobre os principais aspectos que podem levar ao desenvolvimento da depressão em idosos institucionalizados, tendo como

finalidade exemplificar os principais pontos encontrados do estudo para sua sustentação enquanto embasamento discursivo, a fim de traçar um melhor entendimento frente aos artigos sintetizados. Para tanto, quadro destacou o número geral do artigo, as características do estudo, resultados encontrados e a revista pela qual o mesmo foi publicado, trazendo, de forma sintetizada, uma análise conclusiva dos autores acerca dos fatores relacionados tanto à incidência quanto à prevalência da depressão em idosos institucionalizados.

| <b>Nº</b> | <b>Características do estudo</b>                                                                                                               | <b>Resultados encontrados</b>                                                                                                                                                                                                             | <b>Revista</b> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1         | O estudo considerou uma amostra de 102 idosos, ambos sexos, residentes de ILPI.                                                                | Os resultados demonstraram que a sintomatologia de depressão é mais frequente em idosos institucionalizados, estando associada, principalmente, aos fatos de ser mulher, ter idade mais avançada e possuir limitações/dependência física. | Esc. Enferm.   |
| 2         | Compuseram a amostra 56 idosas, sendo 28 residentes na Instituição Lar do Ancião, na cidade de Ozanan e 28 não institucionalizadas.            | Foi observado um pior resultado dos idosos institucionalizados em relação aos aspectos cognitivos, na avaliação funcional do equilíbrio e na frequência dos sintomas depressivos.                                                         | CEFAC          |
| 3         | Estudo realizado com 42 idosos do sexo masculino e 65 femininos, utilizando os instrumentos EDG, APGAR de família e aplicação de questionário. | 57% dos idosos institucionalizados com depressão apresentam disfunção familiar.                                                                                                                                                           | Esc. Enferm.   |

|    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                            |                          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 4  | Pesquisa produzida com 86 idosos residentes em 8 ILPIs de um município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, através dos instrumentos escala de Lawton, NHB, MEEM, EDG, ABVD e AIVD. | Foi observado na pesquisa que 70,9% do total de idosos residentes na ILPI estudada são do sexo feminino, sendo que, em todos, há diversas necessidades psicobiológicas afetadas, interferindo diretamente na qualidade de vida dos idosos. | Bras. Enferm.            |
| 5  | Amostra compostas por 31 idosos, ambos sexos, residentes de ILPI, nas cidades de Itapetinga, Jequié e Vitória da Conquista, na Bahia.                                              | Evidenciou-se uma grande prevalência de sintomas depressivos entre a população idosa institucionalizada, variantes entre os níveis leve e moderado.                                                                                        | Kairós                   |
| 6  | Estudo realizado com 96 idosos residentes de ILPI no período de maio a julho de 2011.                                                                                              | Observado um índice de 63,5% de idosos com depressão, através da EDG. Além de evidenciada uma ligação entre depressão, perda cognitiva, tempo de permanência na instituição e ausência de visitas familiares.                              | Ciênc. Cogn.             |
| 10 | Estudo realizado com 82 idosos institucionalizados do município de Fortaleza (CE) que possuíam capacidade cognitiva para se                                                        | Foram encontradas associações relevantes entre a institucionalização e os sentimentos gerados pelo afastamento familiar do idoso constituindo fatores de                                                                                   | Rev. Bras. Promoç. Saúde |

|    | submeter a entrevistas.                                                                                                                                                                      | riscos importantes para a depressão.                                                                                                                |                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 13 | Foram considerados 42 idosos residentes em ILPI e em condições clínicas para participar de questionários e da EDG, considerando também os aspectos demográficos e socioeconômicos.           | Foi obtida uma média de 54,8% dos idosos institucionalizados com sintomas depressivos, sendo que a maior parte, cerca de 64,7%, é do sexo feminino. | Ciênc. Saúde Colet. |
| 14 | Investigação realizada através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde, Banco de Dados em Enfermagem e <i>Scientific Electronic Library Online</i> . | A investigação indicou que a depressão é de influência multifatorial, sendo maior condicionada pela institucionalização dos idosos.                 | Ciênc. Cuid. Saúde  |

**Quadro 5:** Análise dos estudos conforme os principais aspectos relacionados ao desenvolvimento da depressão em idosos institucionalizados.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Em uma análise geral acerca da depressão em idosos residentes em ILPIs a nível mundial, estudos demonstram que uma média de 54 a 70,9% desse público apresentam sintomatologia de depressão, estando muito acima dos índices relacionados à não-institucionalização, este é um dos fatores que mais prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos acima de 60 anos e institucionalizados. Segundo Kurata e Carreira (2019), as causas atribuídas à depressão são diversas, dentre as quais, se destacam o déficit familiar e, por vezes, a deficiência física e cognitiva, seja de maneira fisiológica ou patológica.

De posse disso, Silva *et al.* (2012), em seu estudo envolvendo 102 idosos, ambos sexos, residentes de ILPI, distribuídos com delineamento de estudo de corte,

de caráter observacional, demonstraram que a sintomatologia de depressão é mais frequente em idosos institucionalizados, estando associado, principalmente, aos fatos de ser mulher, ter idade mais avançada e possuir limitações/dependência física. Além disso, um estudo feito por Oliveira, Santos e Pavarini (2014), com 42 idosos, evidenciaram que 57% dos idosos institucionalizados que possuem depressão apresentam disfunção familiar.

Borges *et al.* (2013), em uma pesquisa com 56 idosas, sendo 28 residentes na Instituição Lar do Ancião, na cidade de Ozanan e 28 não-institucionalizadas, observaram um pior resultado dos idosos institucionalizados em relação aos que convivem em seus lares habituais com seus familiares, havendo entre o primeiro grupo um maior número de indivíduos com sinais e sintomas de depressão. Corroborando com tais dados, Hartmann-Júnior e Gomes (2016) trazem, em seu estudo, que há uma ligação entre o desenvolvimento da depressão e o fato de ser institucionalizado, o que é ainda mais agravado pelo tempo de permanência na instituição. Além do mais, as próprias características estruturais e organizacionais da ILPI são aspectos que podem ser considerados de risco para o adoecimento por se tratar de um ambiente com regras e funcionalidade do que se está acostumado em suas casas.

Ao que se refere ao afastamento familiar, Saintrain *et al.* (2018) confirmam que o mesmo constitui um fator de risco importante para a depressão, isso devido ao sentimento de impotência, perda de autonomia e capacidade gerados pela mudança para um ambiente ao qual não estão habituados e, também, os sentimentos de frustração, solidão e abandono causados por uma disfunção familiar.

Oliveira e Tavares (2013), por sua vez, realizaram um estudo com 86 idosos residentes em oito ILPIs demonstrando que 70,9% do total dos idosos estudados são do sexo feminino, sendo que, em todos eles, havia diversas necessidades psicobiológicas afetadas, o que foi confirmado, posteriormente, também por uma pesquisa realizada por Guimarães *et al.* (2019). Ainda ao que tange aos fatores associados à patologia em questão e, como citado inicialmente, o desenvolvimento está intimamente ligado a condições clínicas pré-existentes, assim, Borges *et al.* (2013) dizem que aspectos, como os cognitivos, funcionais e de equilíbrio, que estão intimamente relacionados com a autonomia, independência e capacidade para realização das AVDs, quando se encontram em déficits, colaboram para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Uma condição muito comum no envelhecimento é a Síndrome da Fragilidade do Idoso, ou, como é popularmente conhecida, Síndrome do Idoso Frágil, tida como uma situação clínica associada ao envelhecimento, caracterizada por um declínio físico e, conseqüentemente, cognitivo, avaliado através de cinco critérios: perda de peso involuntária, exaustão, diminuição da força física, diminuição da velocidade e capacidade da marcha e redução do nível de atividade física realizada. Tal condição gera um certo grau de incapacidade psicomotora, tornando o indivíduo mais susceptível ao adoecimento psicológico, como a depressão, devido a não-adaptação e não-aceitação da nova condição clínica.

De acordo com os estudos analisados, é certo afirmar que a depressão é causada por uma junção de diferentes fatores, assim, além dos já citados, encontram-se o consumo de álcool e drogas ilícitas, exposição constante a fatores estressantes seja em ambiente familiar, de trabalho, escolar ou qualquer situação que gere um evento estressante recorrente, devido à sobrecarga e ao desgaste emocional criados, a exemplo de ser portador de doenças crônicas, perda de entes queridos pelo processo do luto, eventos traumáticos não tratados devidamente atuais ou mesmo anteriores, uso prolongado de determinados medicamentos e disfunção hormonal por diversas causas.

#### **4.2 Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados Diagnosticados com Depressão e Principais Sintomas Evidenciados**

O Quadro 6, que traz a análise dos estudos conforme os principais sinais e sintomas observados na depressão em idosos institucionalizados e sua qualidade de vida frente a tal diagnóstico, tem como objetivo evidenciar as principais vertentes encontradas na pesquisa para sua sustentação enquanto embasamento discursivo, a fim de traçar um melhor entendimento frente aos artigos sintetizados. Dessa maneira, o quadro destacou o número geral do artigo, as características do estudo, resultados encontrados e a revista pelo qual o mesmo foi publicado, trazendo, de forma sintetizada, uma análise conclusiva dos autores e de seus respectivos estudos frente à qualidade de vida dos idosos institucionalizados com sintomatologia de depressão.

| Nº | Características do estudo                                                                                                                                                         | Resultados encontrados                                                                                                                                                                                                                                                          | Revista             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 4  | Pesquisa produzida com 86 idosos residentes a 8 ILPIs de um município do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, através dos instrumentos escala de Lawton, NHB, MEEM, EDG, ABVD e AIVD. | Foi observado na pesquisa que 70,9% do total de idosos residentes na ILPI estudada são do sexo feminino, sendo que, em todos, há diversas necessidades psicobiológicas afetadas, interferindo diretamente na qualidade de vida dos idosos.                                      | Brs. Enferm.        |
| 5  | Amostra compostas por 31 idosos, ambos sexos, residentes de ILPI, nas cidades de Itapetinga, Jequié e Vitória da Conquista, na Bahia.                                             | Evidenciou-se uma grande prevalência de sintomas depressivos entre a população idosa institucionalizada, variantes entre os níveis leve e moderado.                                                                                                                             | Kairós              |
| 7  | Análise realizada com 25 estudos científicos criteriosamente escolhidos e analisados através das bases de dados MEDILINE e CINAHL.                                                | A QV dos idosos residentes em ILPI sofrem influência de diversas variáveis, tais como: depressão, incapacidade funcional, menor participação social ou engajamento em atividades, apoio social deficiente, comorbidades, características estruturais e organizacionais da ILPI. | Pensar Prat.        |
| 11 | Pesquisa realizada com 42 idosos institucionalizados, com e sem sinais de fragilidade relacionada à percepção da qualidade de vida.                                               | Foi observado que a qualidade de vida é superior em idosos não frágeis, e em idosos em fatores de risco.                                                                                                                                                                        | Rev. Baiana Enferm. |
| 12 | Integraram a amostra 101 idosos, ambos os sexos, residentes em ILPI há, pelo menos, 3 meses e que apresentavam condições clínicas para aplicação de questionários.                | A análise mostrou que idosos com sinais e sintomas de depressão apresentam scores de QV significativamente piores em relação aos assintomáticos, gerando uma dependência                                                                                                        | Rev. Bras. Enferm.  |

|  |  |                                                           |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------|--|
|  |  | para realização de AVD,<br>havendo perda de<br>autonomia. |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------|--|

**Quadro 6:** Qualidade de vida de idosos institucionalizados diagnosticados com depressão e principais sintomas evidenciados.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

A depressão configura-se como um problema de saúde pública, visto que é cada vez mais frequente em meio à população, trazendo agravos à saúde dos indivíduos, sobretudo, no que diz respeito aos idosos devido ao processo fisiológico de perdas de suas capacidades físicas e cognitivas, interferindo diretamente na qualidade de vida desse grupo. De acordo com Borges *et al.* (2013), a perda de autonomia, independência e capacidade para realização das AVDs, mesmo de maneira parcial, é considerada como fator condicionante para o desenvolvimento da depressão, interferindo, também, na frequência dos aparecimentos de sinais e sintomas.

Entretanto, do mesmo modo que tais condições físicas, quando afetadas, podem gerar o adoecimento, as mesmas também podem ser ao invés de causas, sinais e sintomas ocasionados pela depressão gerados por uma outra causa, ou seja, o idoso pode ter o adoecimento mental gerado a partir de um outro fator, como a própria institucionalização e manifestar incapacidades físicas com a perda de autonomia e independência, devido às mudanças ocorridas no sistema cerebral pela depressão. Tal vertente tem sua defesa realizada por Scherrer-Júnior *et al.* (2019), quando realizaram um estudo com 101 idosos, ambos os sexos, que fossem residentes em ILPI há, pelo menos, 3 meses, demonstrando que idosos com sinais e sintomas de depressão desenvolveram uma certa dependência para realização de AVDs, havendo perda de autonomia e independência, agravando ainda mais o quadro clínico.

Analisando, de maneira geral, a sintomatologia de depressão em idosos institucionalizados, trazida nos estudos, assim, para melhor compreensão do assunto, foi formulado um quadro sintetizando os sintomas mais comumente evidenciados, sendo separados por gravidade da doença, leve, moderado e grave, conforme segue demonstrado:



| GRAU DE DEPRESSÃO | SINTOMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve              | Humor deprimido;<br>Mudanças de humor repentinas;<br>Perda de interesse e/ou prazer;<br>Desânimo;<br>Energia diminuída para atividades cotidianas.                                                                                                            |
| Moderado          | Humor deprimido em maior parte do tempo;<br>Problemas de concentração;<br>Falta de energia para atividades cotidianas;<br>Ansiedade leve;<br>Sentimentos de medo, culpa, solidão e abandono;<br>Déficit do autocuidado;<br>Sensação de inutilidade.           |
| Grave             | Taquicardia;<br>Traquipneia;<br>Delírios;<br>Sentimentos de autodepreciação;<br>Tristeza extrema;<br>Choro constante;<br>Ansiedade severa;<br>Sonolência ou insônia;<br>Mudança repentina no peso;<br>Isolamento social;<br>Dependência psicológica e física. |

**Quadro 7:** Sintomatologia de depressão de acordo com os graus.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Como pode ser visto, são diversos os sintomas de depressão em idosos institucionalizados, variando de acordo com o grau depressivo do indivíduo. Os mais comuns são tristeza, perda de interesse e/ou prazer; desânimo; energia diminuída para atividades cotidianas, que antes lhes eram prazerosas; sonolência; isolamento social; autodepreciação; falta de concentração; sentimentos de medo, culpa, solidão e abandono; sensação de inutilidade e dependência; taquicardia; traquipneia; delírios; choro constante; ansiedade; sonolência ou insônia; mudança repentina no peso, déficit do autocuidado.

Os sintomas são diferenciados através do grau da depressão, podendo coexistir nos diversos graus da doença como observado no Quadro 4, diferenciando

apenas em intensidade que é justamente o que vai caracterizar o estágio em que se encontra a doença. As alterações de humor, por exemplo, estão presentes em todas as fases da condição de adoecimento depressivo, existindo de maneira mais acentuada na fase grave, bem como ansiedade, sentimentos negativos em relação a si, perda de prazer e humor, isolamento social e problemas com sono, seja insônia ou hipersonia ou problemas de concentração e memória.

De acordo com Gomes e Reis (2016), em seu estudo realizado com uma amostra composta por 31 idosos, de ambos os sexos, residentes de ILPI, nas cidades de Itapetinga, Jequié e Vitória da Conquista, no estado da Bahia, através de uma análise de caráter exploratória, descritiva e quantitativa, demonstrou-se uma enorme existência de sintomas de depressão em meio à população idosa institucionalizada, sendo prevalente os de níveis leve e moderado. Havendo, portanto, a necessidade de intervenções para que não ocorra o agravamento para o nível grave.

Para tanto, conforme Teixeira *et al.* (2016), a qualidade de vida dos idosos residentes em instituições de longa permanência sofre influência direta de diversas variáveis, sendo algumas das principais depressão, incapacidade funcional, menor participação social ou engajamento em atividades, apoio social deficiente, comorbidades, características estruturais e organizacionais da ILPI em que se encontram. A própria depressão, justamente por causar alterações diretas no âmbito social do idoso, gera, além dos fatores psicológicos, como ansiedade, medo, tristeza, um menor engajamento social, acarretando em sentimento de frustração e solidão.

Do mesmo modo, o fato de apresentar comorbidades e/ou incapacidades funcionais também contribuem para uma pior qualidade de vida devido à falta de aceitação da condição física, gerando, muitas vezes, sentimentos de incapacidade, dependência, perda de autonomia, não-aceitação social, ocasionando, assim como a depressão, em isolamento social, problemas de baixa autoestima, sentimentos negativos em relação a si e ao outro.

As características estruturais e organizacionais da ILPI, por sua vez, também são contribuintes tanto negativos, quanto positivos para a qualidade de vida do indivíduo institucionalizado, pois os idosos estão habituados a um estilo de vida, com suas casas organizadas e estruturadas a sua maneira, com seus horários estabelecidos por si, seus objetos pessoais e particulares, que trazem lembranças de toda uma vida. Assim, ao necessitarem estar em uma ILPI, é necessário um período de adaptação, de forma que, quanto mais a estruturação e organização seja adequada

ao estilo de vida anterior do idoso, desde que positivo, se torna mais fácil que este se sinta em casa e adapte melhor, diminuindo a possibilidade de sentimentos negativos, como solidão, abandono, frustração e perda de autonomia.

Além disso, o estudo de Melo *et al.* (2018) apresentou também scores de qualidade de vida dos idosos em condições de fragilidade, significativamente, piores em relação aos considerados não-frágeis, de maneira que os idosos frágeis representaram um total de 57,1%. Desses, foi observado que 38,1% apresentavam sintomas depressivos leves e 4,8%, sintomas severos da doença em questão. De modo que a análise dos dados tornou possível identificar que a fragilidade e os sintomas depressivos apresentaram correlação com a qualidade de vida dos idosos deste estudo em todos os domínios estabelecidos, conforto, competência funcional, privacidade, dignidade, autonomia, segurança e individualidade, além de ser identificado pelos próprios idosos uma sensação de autodesvalorização, dificultando o autocuidado e a melhora da qualidade de vida.

Como evidenciado e de acordo com os autores descritos anteriormente, são diversos os sintomas manifestados na depressão, podendo ser manifestados todos de uma vez ou, como em maior parte, são apresentados apenas alguns deles, variando em quais e quantidades entre cada paciente. Portanto, é fundamental que os profissionais estejam atentos a todos os tipos de sinais e sintomas apresentados, características, duração, para que ocorram o diagnóstico e a intervenção precisos e eficazes, evitando maiores agravos.

#### **4.3 Análise dos Estudos sobre Estratégias de Enfermagem e Multiprofissionais para a Prevenção e Combate à Depressão por Idosos Residentes em ILPI**

O Quadro 8, com a análise dos estudos sobre estratégias de enfermagem e multiprofissionais para a prevenção e combate à depressão por idosos residentes em ILPI, tem como objetivo exemplificar as principais vertentes encontradas na pesquisa para sua sustentação enquanto embasamento discursivo, a fim de traçar um melhor entendimento frente aos artigos sintetizados. Dessa maneira, o quadro destacou o número geral do artigo, as características do estudo, resultados encontrados e a

revista pelo qual o mesmo foi publicado, trazendo de forma sintetizada uma análise conclusiva dos autores e de seus respectivos estudos diante das estratégias de enfrentamento, tratamento e prevenção da depressão em idosos institucionalizados, tanto para a enfermagem, quanto no âmbito multiprofissional.

| Nº | Características do estudo                                                                                                                                       | Resultados encontrados                                                                                                                                                                                         | Revista                      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 8  | Amostra constituída por 215 idosos, sendo 61 do sexo masculino e 154 feminino, através da aplicação das Escalas de Rosenberg e Ansiedade, Depressão e Estresse. | O estudo evidenciou que a prática de atividade física pelos idosos resultam em uma significativa elevação da autoestima e diminuição dos sintomas depressivos.                                                 | Quad. Psicol. Esporte        |
| 9  | Análise realizada com 11 estudos científicos criteriosamente escolhidos e analisados através das bases de dados PsycInfo, Psycodoc, Psyke e Mediline.           | Os resultados demonstram que os programas de intervenção são altamente eficazes na redução da sensação de solidão em idosos institucionalizados, proporcionando melhoras significativas a curto e médio prazo. | Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. |

**Quadro 8:** Análise dos estudos sobre estratégias de enfermagem e multiprofissionais para a prevenção e combate à depressão por idosos residentes em ILPI.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (elaborado em 2021).

Como citado anteriormente, a depressão, enquanto problema de saúde pública, interfere direta e negativamente na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, ocasionando em uma série de sinais e sintomas e dificultando o envelhecimento saudável do idoso. Sendo necessário, portanto, intervenções multiprofissionais para resolução do quadro clínico, visto que o paciente é um ser completo física e emocionalmente, devendo ser tratado e visto como um todo, levando em consideração todas as suas particularidades.

Bermeja e Ausin (2018) realizaram um estudo de revisão sistemática de 11 estudos científicos, criteriosamente escolhidos e analisados através das bases de dados PsycInfo, Psycodoc, Psyke e Mediline, em que foi evidenciado que programas de intervenção são extremamente eficazes na redução da sensação de solidão em

idosos institucionalizados, proporcionando melhoras significativas a curto e médio prazo, e sendo, portanto, necessários para o tratamento de síndromes depressivas.

As intervenções mais eficazes utilizadas, segundo eles, devem ser diversificadas e atender às necessidades de cada um, focando, sobretudo, no combate ao isolamento social, sentimento de solidão e melhora do humor. Assim, de acordo com o estudo de Bermeja e Ausin (2018), terapias como hortoterapia, oficina de jardinagem, terapia assistida, reunião com familiares, intervenção cognitiva, terapia de reminiscência e de humor, têm se mostrado cada vez mais eficientes no tratamento da depressão em idosos.

Medeiros *et al.* (2017), buscando verificar as evidências científicas sobre estudos observacionais de avaliação da qualidade de vida global de residentes de ILPIs, realizaram um estudo com 215 idosos, ambos os sexos, através da aplicação das Escalas de Rosenberg e Ansiedade, Depressão e Estresse, quanto à prática de atividade física pelos idosos com diagnóstico de depressão, resultando em uma evidente e significativa elevação da autoestima e diminuição dos sintomas depressivos.

Denota-se, portanto, o quão importante são os programas de intervenções e estratégias como a prática da atividade física no melhoramento das manifestações depressivas, devendo os profissionais de saúde estarem atentos e preparados para tais ações, utilizando da imaginação e criatividade para aproveitar os materiais e mecanismos disponíveis de modo que se adequem às necessidades de cada um, atendendo às suas particularidades e complexidades.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão, conhecida como doença do século, mantém grande prevalência em todo o meio social, essencialmente no que diz respeito aos idosos institucionalizados, com ou sem adoecimento prévio, devido aos múltiplos fatores das quais ela pode ser decorrente, prevalecendo especialmente o sentimento de abandono, solidão, tristeza, adaptação ao novo meio (ILPI) ao qual está inserido e a perda da independência e autonomia, gerando uma gama de problemas físicos, psicológicos e sociais, prejudicando de maneira muito significativa a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo idoso portador do transtorno depressivo. Assim, o desenvolvimento da depressão pelo público em questão, ou seja, os idosos, demonstram uma vertente ainda mais significativa para o meio científico e para os órgãos de saúde que prestam assistência direta e indireta a essa população, uma vez que, já são considerados parcialmente frágeis fisiologicamente pelo processo de envelhecimento, mesmo que senescente, agravando o quadro de fragilidade e limitando a condição de vida em que se encontra, como bem destacado em todo corpo teórico dessa pesquisa.

Portanto, norteadas pela pergunta de pesquisa acerca dos motivos pelos quais há uma prevalência da depressão em idosos institucionalizados e quais as possíveis ações para modificar essa situação, é notório que a mesma foi respondida conforme os resultados encontrados e a discussão elaborada em cima destes, comungando a primeira hipótese levantada para designação desta pesquisa, isto é a de que há uma maior prevalência de depressão em idosos que residem em Instituições de Longa Permanência, devido às mudanças físicas e, conseqüentemente, psicológicas, decorrentes do envelhecimento, e também, pelo fato de se encontrarem institucionalizados, visto que, é um local considerado desconhecido, com regras e características às quais o idoso não está habituado, o que tende a gerar um certo estranhamento e até mesmo uma não aceitação de sua realidade atual, tendo um longo processo de adaptação emocional, que pode ocasionar, posteriormente, tristeza, receio e sentimento de inutilidade que, quando recorrentes, contribuem grandemente para o desenvolvimento da depressão.

Além desses, há também outros aspectos muito relevantes para esse contexto, que são o afastamento das pessoas com quem convivia rotineiramente, que possivelmente tinha laços sentimentais e que passam a não conviver tanto quanto antes, e a socialização com pessoas diferentes, que o idoso nunca teve contato e que agora passa a conviver diariamente com ele, muitas vezes realizando procedimentos, como o banho e troca de fralda, que podem ferir sua intimidade e gerar sentimentos de solidão, frustração, que tendem a crescer ao longo do tempo, desenvolvendo, por fim, a depressão.

Ainda assim, na tentativa de responder tais indagações e a fim de sustentar o embasamento teórico deste estudo, o objetivo geral traçado, ou seja, a compreensão dos fatores que podem levar ao adoecimento e, do mesmo modo, permitem o controle da depressão em idosos institucionalizados, foi alcançado diversas vezes mediante os resultados elencados, uma vez que, os vários estudos realizados em diversas partes do mundo denotam uma associação positiva entre envelhecimento, processo de institucionalização e desenvolvimento da depressão, caracterizando um problema muito grave de saúde pública.

Quanto aos objetivos específicos, principalmente aqueles que se propuseram a analisar a depressão e os aspectos multidimensionais, tanto do envelhecimento, quanto da institucionalização, que se relacionam ao adoecimento do idoso, e realizar a análise dos benefícios da articulação do CAPS com ILPI para a assistência ao idoso institucionalizado e com depressão, com o intuito de traçar ações que permitam a amenização e controle da prevalência de depressão nesse público, percebe-se que os mesmos foram alcançados com os resultados encontrados. Estes, mostram que os idosos residentes em ILPI têm uma maior propensão ao desenvolvimento da doença supracitada e sua sintomatologia, em comparação aos idosos que residem em umas casas habituais ou com familiares.

Conclui-se, mediante esse apanhado de resultados e informações listadas, que esses parâmetros requerem uma atenção e conhecimento específicos, principalmente dos profissionais de enfermagem, uma vez que, os mesmos estão em contato direto com essas gestantes, favorecendo desde o início o afastamento de algum desses fatores de exposição tão prejudiciais. Desse modo, os profissionais devem estar fazendo diversas atividades para tentar mudar essa realidade. Podem realizar terapias ocupacionais, promovendo suporte mútuo e oficinas de lazer, influenciando, por todo o tempo, o idoso a manter suas atividades de vida diárias como possível, o que é

necessário para o desenvolvimento de uma maior sensação de autonomia e independência. Quanto ao sentimento de abandono, os profissionais de saúde podem fazer busca ativa com os familiares, caso os pacientes tenham, e alertando da importância de manter um contato com o idoso, através de visitas.

Essas conclusões fomentam ainda a necessidade de criações de protocolos específicos para o manejo dos idosos institucionalizados, uma vez que, muitas das vezes esses fatores passam despercebidos durante as consultas de rotina, só sendo identificados quando o idoso já apresenta sintomas severos da doença. Para tanto, nota-se a importância de os profissionais estarem capacitados para promover a prevenção a essa condição de saúde, bem como, identificar os sintomas demonstrados pelo paciente, para que, a partir daí possa elaborar, junto a uma equipe profissional de saúde, um plano terapêutico adequado à condição do paciente, levando em consideração sua realidade cotidiana, a fim de promover melhora no seu quadro de saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, M.B. *et al.* Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery**, v.21, n.4, 2017.
- ALVIM, A.L.S. O processo de enfermagem e suas cinco etapas. **Enferm. Foco**, v.4, n.2, 2013.
- AMARAL, A.S.; AFONSO, R.M.; VERDE, I. Sintomatologia psicopatológica em idosos institucionalizados. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.21, n.1, 2020.
- AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5ªed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F.; SCHIAVO, R.A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.38, n.4, 2018.
- BAPTISTA, J.A. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev. Brasileira de Enferm.**, v.73, n.2, 2020.
- BERMEJA, A.I.; AUSIN, B. Programas para combatir la soledad en las personas mayores en el ámbito institucionalizado: una revisión de la literatura científica. **Rev. Esp. Geriat. Gerontol.**, 53 (3): 155-164, 2018.
- BERRIOS, G.E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, v.15, n.3, São Paulo, 2012.
- BORGES, M.G.S. *et al.* Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosas institucionalizadas e não-institucionalizadas. **Rev. CEFAC**, 15 (5): 1073-1079, 2013.
- Braga, M.G.; Farinha, T.B.M. Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**, v.24, n.3, 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 3 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de atenção Básica, n.34).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde reforça cuidados com idosos durante a pandemia**. Brasília-DF. 01 de outubro de 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10018>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7508**, de 20 de junho de 2011. Palácio do Planalto, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 3 abr. 2021.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das intervenções de enfermagem: NIC**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAMACHO-CONDE, J.A.; GALÁN-LÓPEZ, J.M. The Relationship Between Depression and Cognitive Deterioration in Elderly Persons. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2021.

CARREIRA, L. *et al.* Prevalência da depressão em idosos institucionalizados. **Rev. Enferm. UERJ**: Rio de Janeiro, 2011.

CAVALCANTE, F.G.C.; MINAYO, M.C.S.; MANGAS, R.M.N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.18, n.10, 2013.

CIOSAK, S.I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, 2011.

CORDEIRO, L.R.O.; OLIVEIRA, M.S.; SOUZA, R.C. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.1, 2012.

CORREIA, L.C.; SOUSA-JUNIOR, J.G. O Movimento Antimanicomial como sujeito coletivo de direito. **Rev. Direito Práx.**, v.11, n.3, Rio de Janeiro, 2020.

CYBULSKI, C.A.; MANSANI, F.P. Análise da depressão, dos fatores de risco para sintomas depressivos e do uso de antidepressivos entre acadêmicos do curso de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v.41, n.1, p.92-101; 2017.

EID, N.; KAIRALLA, M.; CAMPORA, F. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.10, n.1; 2012.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Rev. Min. Enferm.**, REME, v.18, n.1, 2014.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev. Científica Internacional Inter Science Place**, v.1, n.7, 2012.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.46, n.6, 2012.

FERREIRA, J.T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, v.4, n. 1, 2016.

FIGUEIRÊDO, M.L.R.; DELEVATI, D.M.; TAVARES, M.G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v.2, n.2, 2014.

FLUETTI, M.T. *et al.* Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n.4, p.41-49; 2015.

GAINO, L.V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas (Ed. Port.)**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, 2018.

GERRITSEN, D.; SMALBRUGGE, M.; TEERENSTRA, S.; LEONTJEVAS, R.; ADANG, E.M.; VERNOOIJ-DASSEN, M.J.F.J.; DERKSEN, E.; KOOPMANS, R.T.C.M. (2011). Act in case of depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes: Study protocol. **BMC Psychiatry**, 11, 91.

GOMES, J.B.; REIS, L.A. Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Rev. Kairós**, 19 (1): 175-191, 2016.

GUIMARÃES, A.N. *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, 2013.

GUIMARÃES, L.A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciênc. Saúde Colet.**; 24 (9):3275-3282, 2019.

GUTHS, J.F.S. *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.02, 2017.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Cogitare Enferm.**, 2020.

HARTMANN-JÚNIOR, J.A.S.; GOMES, G.C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. **Ciênc. Cogn.**, 21 (1): 137-154, 2016.

KURATA, V.M.; CARREIRA, L. Influência da institucionalização no desenvolvimento de depressão em idoso: uma revisão integrativa. **Ciênc. Cuid. Saúde**, 18 (04), 2019.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Comunicação Saúde Educação, InterFace**, v.21, n.61, 2017.

LIMA, V.J.S. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão atendida na Atenção Primária de Saúde. **Rev. Científica da FASET**, 2017.

LINI, E.V.; PORTELLA, M.R.; DORING, M. Fatores Associados à institucionalização dos idosos: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2016.

MACHADO, P.F.; SCARPARO, H.B.K.; HERNANDEZ, A.R.C. Narrativas do Silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política. **Psicologia Política.**, v.15, n.34, 2015.

MALTA, D.C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n.04, 2020.

MARTINS, A.K.L. *et al.* Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. **SANARE**, Sobral, v.10, n.1, 2011.

MARTINS, C. *et al.* Fatores de risco em saúde mental: contributos para o bem-estar biopsicossocial dos profissionais da saúde. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2016.

MATOS, A.I.P.; MOURÃO, I.; COELHO, E. Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. **Motricidade**, v.12, n.02, 2016.

MEDEIROS, P.A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados: revisão sistemática de estudos quantitativos. **Pensar Prát.**; 20 (1): 150-171, 2017.

MELO, E.M.A. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.117, 2018.

MELO, L.A. *et al.* Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. **Rev. Baiana Enferm.**, 2018.

MENESES, I.S.; MENDES, D.R.G. Cuidados de enfermagem a pacientes portadores de depressão na terceira idade. **Rev. de Divulgação Científica Sena Aires**, v.2, 2014.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519; 2016.

MOTTA, C.C.L.; MORÉ, C.L.O.O.; NUNES, C.H.S.S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.3, 2017.

NÓBREGA, I.R.A.P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, 2015.

OLIVEIRA, F.M.R.L. *et al.* Síndrome do idoso frágil: análise conceitual de acordo com Walker e Avant. **Rev. Bras. Enferm.**, v.73, n.3, 2020.

OLIVEIRA, G.N.M. *et al.* Inventário de depressão de Beck (BDI) e escala de depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. **J Bras Psiquiatr.** 2011.

OLIVEIRA, P.B.; TAVARES, D.M.S. Condições de saúde de idosos residentes em ILPI segundo necessidades humanas básicas. **Rev. Bras. Enferm.**, 67 (2): 241-246, 2014.

OLIVEIRA, S.C.; SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 48 (1): 65-71, 2014.

PARADELA, E.M.P. Depressão em idosos. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ**. V.10, n.2, 2011.

PIMENTEL, A.F.; AFONSO, R.M.; PEREIRA, H. Depression and social support in old age. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.13, n.02, 2012.

QUINDERÉ, P.H.D.; JORGE, M.S.B.; FRANCO, T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, 2014.

RAMOS, G.C.F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Bras. Psiquiatr.**, v.64, n.02, 2015.

ROSSETTO, M. *et al.* Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência. **Rev. Enferm. UFSM**, v., n.2, 2012.

SAINTRAIN, M.V.L. *et al.* Idosas com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, 31 (4): 1-7, 2018.

SANTIAGO, L.M.; MATTOS, I.E. Depressive symptoms in institutionalized older adults. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.02, 2014.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Paripiranga: AGES, 2019.

SANTOS, P.H.S. *et al.* Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, 2015.

SCAFUTO, J.C.B.; SARACENO, B.; DELGADO, P.G.G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Com. Ciências Saúde.**, v.28, n.3, 2017.

SCHERRER-JÚNIOR, G. *et al.* Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. **Rev. Bras. Enf.**, 2019.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.04, 2019.

SILVA, E.R. *et al.* Prevalência e fatores associados a depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, 46(6): 1387-1393 2012.

SILVA, N.S.; LIMA, M.G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26, n.1, Brasília, 2017.

SILVEIRA, A.R.; BRANTE, A.R.S.D.; STRALEN, C.J.V. Práticas discursivas na participação social em saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, 2014.

SOUZA, A. *et al.* Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v.68, n.6, 2015.

TEIXEIRA, C.M. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **Cuad. Psicol. Deporte**, 16 (3): 55-66, 2016.

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.63, n.4, 2014.

VALCARENGHI, R.V. *et al.* Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paul Enferm., Florianópolis – SC**, 2011.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.32, n.6, 2018.

VICENTE, F. *et al.* Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **Jornal Bras. Psiquiatr.**, v.64, n.04, 2014.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Comunicação Saúde educação, InterFace**, v.19, n.55, 2015.