

**FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**FRANCISCA CELINA LIMA DOS SANTOS  
KATIUSCIA MAIA  
MARIA JOSÉ GONÇALVES ALMEIDA  
MARIA RITA FERREIRA  
MILENE DE JESUS CRUZ GOMES**

**DEPRESSÃO EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO: atuação da equipe  
multidisciplinar**

São Luís  
2015

**FRANCISCA CELINA LIMA DOS SANTOS**

**KATIUSCIA MAIA**

**MARIA JOSÉ GONÇALVES ALMEIDA**

**MARIA RITA FERREIRA**

**MILENE DE JESUS CRUZ GOMES**

**DEPRESSÃO EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO: atuação da equipe  
multidisciplinar**

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de artigo científico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista.

Orientador(a): Profa. Ivone de Oliveira Ferreira

São Luís

2015

Santos, Francisca Celina Lima dos

Depressão em idoso institucionalizado: atuação da equipe multidisciplinar / Francisca Celina Lima dos Santos; Katiúscia Maia; Maria José Gonçalves Almeida; Maria Rita Ferreira; Milene De Jesus Cruz Gomes. -. São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

23 p.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Faculdade Laboro / Universidade Estácio de Sá, como requisito para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental. -. 2015.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ivone de Oliveira Ferreira

1. Idoso. 2. Depressão. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. I. Título.

CDU: 616.89-008.454

**FRANCISCA CELINA LIMA DOS SANTOS**  
**KATIUSCIA MAIA**  
**MARIA JOSÉ GONÇALVES ALMEIDA**  
**MARIA RITA FERREIRA**  
**MILENE DE JESUS CRUZ GOMES**

**DEPRESSÃO EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO:** atuação da equipe multidisciplinar

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de artigo científico apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental da Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista.

Aprovado em: / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa.Ivone de Oliveira Ferreira  
Orientador(a)

---

1º Examinador

---

2º Examinador

**DEPRESSÃO EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO: atuação da equipe multidisciplinar**

*Depression in institutionalized elderly: work of the multidisciplinary team*

**RESUMO**

A população acima dos 60 anos de idade tem aumentado significativamente no Brasil e com este aumento de média de vida, traz consigo doenças crônica-degenerativas, como a depressão. A depressão consiste em enfermidade mental no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida e sendo considerada fator de risco para processos demenciais. Diante do exposto, objetivou-se neste estudo apresentar uma revisão de literatura sobre depressão em idosos que vivem em instituição de longa permanência e verificar a atuação da equipe multidisciplinar junto a este paciente. Utilizou-se como fonte, as bases de dados virtuais, tais como: LILACS e SCIELO. Os artigos que serviram para a construção do estudo compreendem publicações do ano de 2005 a 2015. A partir da análise dos trabalhos pesquisados, verificou-se que um idoso que desenvolve um quadro depressivo e que não é diagnosticado precocemente, pode evoluir insidiosamente com patologias secundárias e que se originarão por conta da falta de cuidados primários. que se originarão por conta da falta de cuidados primários. Daí a importância do trabalho da equipe multidisciplinar com o idoso, para melhora de seu bem-estar, condição física, independência, qualidade de vida e autoestima e principalmente a diminuição dos sintomas de depressão.

**Palavras-chaves:** Idoso. Depressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

**ABSTRACT**

The population over age 60 has increased significantly in Brazil and with this increase in average life brings with chronic degenerative diseases, such as depression. Depression consists of mental illness in the elderly, heavily compromising their quality of life and is considered a risk factor for dementia processes. Given the above, this study aimed to present a review of literature on depression in elderly living in long-stay institutions and check the work of the multidisciplinary team with this patient. It was used as a source, virtual databases, such as LILACS and SciELO. Articles that served to build the study include year of publications from 2005 to 2015. From the analysis of the researched work, it was found that an old man who develops a depressive condition and is not diagnosed early, it can develop insidiously with secondary pathologies and that will originate due to the lack of primary care. that will originate due to the lack of primary care. Hence the importance of the multidisciplinary team working with the elderly, to improve their well-being, physical condition, independence, quality of life and self-esteem and especially the decrease in symptoms of depression.

**Keywords:** Elderly. Depression. Establishing Long Term Elderly

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o número de idosos brasileiros vem aumentando gradualmente, acompanhando uma tendência mundial de mudança do perfil epidemiológico. Diante desse contexto, surge a discussão sobre os vários transtornos que afetam o público idoso. Destacam-se as síndromes depressivas que, juntamente com as síndromes demenciais, são os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes em idosos (BARTHOLLO, 2008).

A depressão é comum na terceira idade e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é o quinto problema de saúde pública mundial. Calcula-se que 15% de indivíduos, no mundo, já foram, são, ou serão acometidas por essa patologia. Futuramente, após os distúrbios cardiovasculares, a depressão será a patologia que mais comprometerá a vida humana (CHELONI et. al., 2011).

A Instituição de Longa Permanência (ILP) é uma fundação de atendimento integral, onde são atendidas, principalmente, pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para continuar junto da família ou em seu domicílio. Esses estabelecimentos possuem várias denominações, como asilo, casa de repouso e clínica geriátrica, e tem o dever de proporcionar ajuda nas seguintes áreas: social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, de acordo com as necessidades de cada paciente (ANDRADE et. al., 2005).

Se, por um lado, as ILP possibilitam um atendimento de qualidade para as pessoas de mais idade, por outro, o idoso que vive em uma ILP está separado do ambiente familiar e é levado a conviver com estranhos, muitas vezes isolado da atualidade cultural, além de, possivelmente, estar experimentando a incômoda situação de abandono, dependência e inutilidade. O impacto de ser institucionalizado muitas vezes se transforma em aspectos negativos na qualidade de vida do idoso. Paula, Silva e Silva (2009) afirmam que, para muitos idosos, o seu cotidiano nessas instituições gera ócio e monotonia, ou seja, nas palavras dos autores supracitados, a vida do idoso se resume em “comer, dormir, e assistir televisão”.

Tendo em vista que nas instituições de longa permanência o idoso se vê isolado de seu convívio social e adota um estilo de vida diferente do seu, é levado a se adaptar a uma rotina de horários, dividir seu ambiente com desconhecidos e a manter distância da família. Acrescenta-se que este isolamento social pode levá-lo à perda da sua identidade, liberdade, autoestima; pode, ainda, acentuar um estado de solidão e,

muitas vezes, à recusa da própria vida, o que pode justificar a alta prevalência de depressão em ILP's.

Diante da breve discussão, acima levantada, pensa-se que este trabalho se justifica, uma vez que pode contribuir para discussões de melhorias no atendimento ofertado pelas ILP's.

## **OBJETIVO**

Apresentar uma revisão de literatura sobre depressão em idosos que vivem em Instituição de Longa Permanência (ILP), e verificar a atuação da equipe multidisciplinar junto a esse paciente.

## **METODOLOGIA**

Como encaminhamento metodológico, optou-se por trabalhar com revisão de literatura. Segundo Gil (2008), a revisão de literatura compreende etapas como a formulação do problema, a escolha do tema a ser investigado, a elaboração do plano de trabalho, a formulação dos objetivos, identificação, localização e obtenção de fontes que sejam capazes de fornecer os dados adequados à pesquisa que se pretende realizar, leitura do material obtido, análise e interpretação lógica dos dados, além de redação final do texto.

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001):

- **Formulação da Pergunta:** Como atua a equipe multidisciplinar com relação ao idoso depressivo que se encontra sob os cuidados da instituição?
- **Localização e seleção dos estudos:** Utilizaram-se, como fonte, as bases de dados virtuais, tais como as Bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).
- **Período:** 2005 a 2015.
- **Coleta de Dados:** Os artigos que embasaram a construção do estudo, compreendem publicações referentes ao período dos anos de 2005 a 2015. Nessa fase, realizou-se leitura exploratória, a partir do estabelecimento de alguns critérios que justificassem a escolha. Assim, selecionaram-se artigos que estavam disponíveis na base de dados, especificamente aqueles que se

encontravam disponíveis para leitura na íntegra, além dos disponíveis em português, e os que melhor se adequavam ao tema estudado. Não foram selecionados artigos que abordavam outros transtornos psiquiátricos sobrepostos (ansiedade, transtorno bipolar, psicose, etc.). No total, selecionaram-se 24 trabalhos para a realização da pesquisa que aqui se desenvolve.

- **Análise e apresentação dos dados:** Após a exclusão dos artigos que não contribuiriam diretamente para a execução desta pesquisa, e seleção daqueles que lhe somariam discussões pertinentes, passou-se à fase das leituras e análises desses textos. Os dados foram sistematizados em três temas-chaves, a fim de que se obtivesse uma melhor compreensão. Desse modo, o desenho dos campos a serem discutidos nos módulos a seguir, pode ser assim compreendido: 1) A Institucionalização do Idoso no Brasil; 2) Depressão em Idoso Institucionalizado; 3) Atuação da equipe multidisciplinar.

## **A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO NO BRASIL**

Conforme Bartholo (2008), o conceito de Instituição de Longa Permanência é tradicionalmente dirigido para o sentido de abrigo e recolhimento, usualmente mantido pelo poder público, ou por grupos religiosos.

De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), somente possui o consentimento para o funcionamento de ILP's aqueles que estão de acordo com as normas da vigilância sanitária e dos conselhos de idosos.

Ressalta-se que foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada a primeira instituição a conseguir modelar seu tempo, ou seja, não abrigava apenas idosos pobres, mas também aqueles que possuíam recursos financeiros. Além disso, passou a ganhar auxílio público e o apoio de uma ordem de freiras Franciscanas que ajudava no cuidado dos idosos. Todavia, na literatura científica, existem relatos de que a primeira instituição para a população idosa foi criada no Rio de Janeiro, no ano de 1782, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição, com capacidade para 30 leitos (TELLES FILHO; PETRILLI FILHO, 2008).

Segundo Telles Filho e Petrilli Filho (2008), dentre os principais motivos da admissão de idosos institucionalizados, destacam-se o abandono da família, a falta de recursos financeiros, a rejeição familiar, a falta de parentes próximos, a ausência de cuidadores e o alto grau de dependência dos idosos. As pessoas de uma ILP se tornam



membros de um novo grupo, a partir de uma quebra de seus vínculos afetivos e familiares, e passam a conviver, diariamente, com indivíduos desconhecidos e sem vínculo afetivo, mesmo quando a instituição apresenta uma boa estrutura, ocorre normalmente o afastamento da vida dita normal.

Messora (2006, p. 15) ressalta que as ILP's, na maioria das vezes, são estabelecimentos inapropriados e inadequados para as necessidades da pessoa na terceira idade, ou seja, não oferecem atendimento social, higiene e alimentação, além de impedir as relações interpessoais no contexto social, fato importante para a manutenção do idoso na sua vida e cidadania.

No entanto, o Decreto n.º 1.948 de 03 de julho de 1996, frisa, no artigo 3º que:

[...] que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. A Lei 8.842, de janeiro de 1994, no artigo 4º, parágrafo III, prioriza também atendimento ao idoso pelas famílias, ao invés do asilar. Porém, com a existência de vários fatores, tais como os demográficos, sociais e de saúde, conduzem ao aumento da demanda pela institucionalização (BRASIL, 2006).

Davim et. al. (2006) afirmam ainda que atualmente várias ILP's se caracterizam como depósito de pessoas, ou seja, acabam sendo visualizadas como locais, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. Os mesmos autores ainda ressaltam que a própria institucionalização é associada a uma experiência com conotação negativa, à base de sentimentos como medo, solidão, ansiedade, frustração, raiva entre outros.

Baixinho (2009, p. 66) acompanhou, por três meses após a alta, o nível funcional de 30 idosos no estado de São Paulo. O autor verificou que, no momento da alta, 59% dos idosos não apresentavam alterações significativas do desempenho das suas 'atividades de vida diária' (AVD), 10% melhoraram e 31% apresentavam atraso com relação ao período de institucionalização; após os três meses que se seguiram após a alta, o autor observou que 11% dos idosos atendidos havia falecido, 40% apresentava degradação do seu estado funcional, em comparação com os dados anteriores à internação no asilo.

Em estudo realizado no estado do Maranhão, durante o ano de 2008, com dez instituições de longa permanência, verificou-se que o número total de idosos é de 214. Com base nesse número, observou-se que 58% dos idosos atendidos caracterizam-se

pelo que se denomina grau de dependência<sup>1</sup> I, 14,5%, por meio do grau de dependência II, e 12,6% com dependência III. Do total, verificou-se que 14,5% dos idosos são residentes que apresentam algum tipo de distúrbio psiquiátrico, e 18,75% são residentes com menos de 60 anos.

Quanto à sua natureza jurídica das instituições, observou-se que 80% são filantrópicas, 10% é pública municipal e 10% é pública estadual. Do total, 60 % das ILPI's recebem subvenção do governo e 40% não o recebem. No tocante ao processo operacional, ressalta-se que 50% das ILPI's dispõem de responsável técnico de nível superior e 50% não possuem. Com relação à responsabilidade técnica da nutrição, conforme RDC 216/04-ANVISA, verificou-se que 30% possuem e 70% não. Nenhuma das instituições inspecionadas possui alvará/licença sanitária. Em 70% das instituições, durante a ação de inspeção, ficou comprovada a vacinação obrigatória dos residentes, conforme estipulado pelo Ministério da Saúde, e, em 30%, não. Observou-se ainda que 70% das ILPI's não calculam, avaliam ou encaminham para a Vigilância Sanitária local, os indicadores estabelecidos na RDC nº 283/05. Com base nesses indicadores, nenhuma das ILPI's teve o seu projeto aprovado pela Engenharia de Vigilância Sanitária (BALBY; SANTOS; GARCIA, 2009).

## **DEPRESSÃO EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

A institucionalização é uma situação estressante e desencadeadora de depressão, para os idosos isso pode acarretar o aceleração das perdas funcionais já que os mesmos são submetidos às rotinas estabelecidas e perderam seus direitos de expressar desejos e deveres. Raramente há propostas de incentivos à independência e autonomia. Muitos apresentam uma boa aceitação na ILP referindo considerar os colegas como “família”. Outros associam as ILP's a “depósito de velhos”, pois não possuem contatos com seus familiares, amigos e etc., com o meio social e a independência, além de sentirem-se iludidos com falsas promessas de retorno para casa ou terem sido levados para as instituições à contra gosto (PAVAN; MENEGHEL; JUNGLES, 2008).

No estudo de Cardoso, Dias e Maluf (2007), a partir da observação de 10 idosos residentes em uma ILP e 10 idosos que residem com suas famílias, no município

---

<sup>1</sup> Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os graus de dependência do idoso são denominados: I – idoso independente, mesmo que, nesse caso, requeiram a utilização de equipamentos de autoajuda; II – idoso com dependência em três atividades de vida diária, a exemplo da alimentação, higiene e mobilidade; e, III – idoso com dependência, nesse último caso, diz respeito àqueles idosos que requerem assistência em todas as atividades da vida diária, ou, ainda, que comprometam o seu aspecto cognitivo.

de Cuiabá-MT, os autores verificaram que os idosos que vivem na ILP apresentaram um quadro de depressão mais grave.

Uma pesquisa, realizada com a participação de 60 sujeitos, acerca da prevalência da depressão em idosos institucionalizados no Abrigo Amantino Câmara, no município de Mossoró/RN, verificou que 51% dos sujeitos participantes encontrava-se em estado depressivo, estando, esses dados, compatíveis com os encontrados na literatura. Esses números sugerem que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, sobretudo em situações de institucionalização, entretanto, ressalta-se que isso não faz parte do processo normal de envelhecimento (CHELONI et al., 2011).

Em estudo sobre análise da depressão em 30 idosos com idade entre 50 e 82 anos, 12 mulheres e 18 homens, institucionalizados na Clínica de Repouso Ozanan – Muriaé – MG, aponta-se que 17% das mulheres não apresentavam depressão, 66% apresentavam depressão leve, e 17% demonstrava um leve estado de depressão moderada. Já, entre os homens, os resultados apontaram que 22% dos participantes não apresentavam depressão, 44% apresentaram depressão leve, e 34%, depressão moderada. Entre os fatores que contribuem para o desencadeamento da depressão, destacam-se a falta que sentem dos familiares, o sedentarismo e a invalidez (BRUNO; NUNES; PEIXOTO, 2007).

A Depressão significa todo e qualquer sintoma que faz parte dos distúrbios emocionais, que já tiveram em algum momento de sua vida, o ser humano. Pode ser considerada uma síndrome, por causa dos seus distintos sintomas e estabilidade. Depressão não significa somente a mudança de humor, e a causa de sentimentos como tristeza, choro, desinteresse e frustração. A depressão também envolve diversos aspectos biológicos, psicológicos e sociais (HOFFMANN et al., 2010).

Algumas circunstâncias que proporcionam uma mudança de ansiedade, angústia e emoções fortes, podem levar o indivíduo a se deprimir intensamente. A depender do estado psíquico de cada um, existirá uma ação desencadeante ou não do nível depressivo. Portanto, um diagnóstico correto do real estado do indivíduo, pode não acarretar em maiores riscos à saúde do paciente (BARTHOLLO, 2008).

A etiologia exata da depressão é desconhecida, e a explicação mais aceita seria a que trata do desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo domínio do estado de humor. Esta afirmação se baseia nos efeitos eficazes dos fármacos antidepressivos (BARTHOLLO, 2008).

Diante desse contexto, a patologia afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos tratados na atenção básica. Os dados da prevalência de depressão em idosos variam consideravelmente, dependendo de sua conceituação, do critério diagnóstico e da população estudada, sendo mais prevalente e comuns onde existem comorbidades com doenças físicas (PAVAN; MENEGHEL; JUNGLES, 2008).

Segundo Paula, Silva e Silva (2009) os distúrbios do humor são os sintomas depressivos que ocorrem mais nos pacientes idosos, exatamente por causa do processo normal do envelhecimento que pode ocasionar a vulnerabilidade do indivíduo à depressão.

A depressão no idoso costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associadas a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que produzem sofrimento demorado, ocasionando a dependência física e a perda da autonomia que levam à hospitalização ou institucionalização (PAVAN; MENEGHEL; JUNGLES, 2008).

Entretanto, a depressão geriátrica pode se agravar com as enfermidades clínicas gerais, ocasionando, possivelmente, a morte do paciente. Embora sua prevalência tenha se ampliado nas doenças clínicas gerais, a patologia não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Vale ressaltar que muitas vezes os sintomas dessa patologia são confundidos com a própria doença clínica geral ou como uma consequência do envelhecimento, levando à sua pouca valorização. Porém, quando diagnosticados os sinais e sintomas precocemente, e realizado também precocemente o tratamento da patologia já estabelecida, mais eficaz será a recuperação, o que permitirá que o paciente idoso volte a ter uma vida minimamente normal (BATISTONI, 2009).

Os sintomas depressivos podem ocorrer por diversos fatores, como resultado de doenças cardiovasculares, do sistema endócrino, cérebro-degenerativas e pela utilização diversificado de fármacos (anti-hipertensivos: propranolol, metildopa, clonidina, reserpina; corticosteróides, antipsicóticos, analgésicos, antiparkinsonianos, hormônios etc.), sendo muito comum nesta população. Já, com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão no indivíduo da terceira idade, destacam-se os antecedentes de depressão familiar, uso abusivo de bebida alcoólica e perdas, como a morte do cônjuge ou parentes próximos, que abalam o estado emocional, a alteração no status econômico, isolamento social, abandono (TIER, 2006).

Vale ressaltar também que a incapacidade funcional pode comprometer a qualidade de vida do idoso. Além disso, a incapacidade funcional encontra-se coligada aos sintomas depressivos, podendo ser apontada tanto como fator de risco como fator resultante dele (HOFFMANN et al., 2010).

Na pesquisa de Andrade et al. (2005), realizada no Abrigo Cristo Redentor, com 41 idosos, os autores verificaram que o grau depressivo não está relacionado somente com a idade, mas também com a falta de atividades desempenhadas, a falta do convívio familiar e o sentimento de isolamento devido a instituição ser considerada um ambiente que não lhe é agradável. Com isso, afetam-se seus sentimentos e contribui-se para o surgimento de sinais e sintomas da doença depressiva.

Vale lembrar que existe uma ligação importante entre sintomatologia depressiva e idade dos idosos, gênero feminino, analfabetismo, pobreza, utilização de fármacos, doença física, estado cognitivo e independência diária. No estudo de Xavier et al. (2006), sobre a prevalência de episódio depressivo maior em octogenários residentes no município de Veranópolis, Rio Grande do Sul, e com o acompanhamento de 77 sujeitos, observou-se a prevalência de 7,5% de estado depressivo maior do que a encontrada em estudos prévios realizados com sujeitos sexagenários. Os autores afirmam ainda que os indivíduos com 80 anos possuem um pior estado de saúde que os sexagenários, e que esse estado de saúde mais arriscado pode ocasionar o maior risco de que desenvolvam sintomas depressivos.

Acontecimentos desencadeantes são muito estudados, e ressaltam a existência de uma certa relação entre fatos estressantes na vida do indivíduo e o princípio da depressão. No entanto, tais acontecimentos não podem ser responsabilizados pela sustentação da depressão. Os eventos estressantes possivelmente desfecham a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis (HOFFMANN et al., 2010).

A depressão nos idosos é considerada um grande problema de saúde mundial, pois além de trazer as limitações ocasionadas por outras doenças, com a sobrecarga de familiares e cuidadores, ampliando também a incapacidade para a realização de atividades. No idoso, seus sintomas geralmente se confundem com as condições clínicas existentes nessa idade. A população de idosos é um grupo no qual se eleva a chance de que haja múltiplos problemas físicos e, portanto, múltiplos sintomas (PAVAN; MENEGHEL; JUNGLES, 2008).

O reconhecimento de um estado depressivo no paciente idoso muitas vezes é difícil. O diagnóstico requer uma abordagem especial, pois nesta faixa etária há um abaixamento do estímulo emocional, causando alguns sintomas como isolamento, diminuição do sono, perda de prazer nas atividades diárias, ruminações sobre o passado e indisposição (XAVIER et al. 2006).

Segundo Santos et al. (2010), o tratamento da depressão no idoso compreende a utilização de fármacos antidepressivos e psicoterapia; no entanto, a conservação dos efeitos positivos do tratamento é beneficiada pelo ato de uma nova postura na sua vida.

## **ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

A importância da equipe multidisciplinar dentro das ILPIs se justifica pela busca em proporcionar aos idosos residentes um cuidado ampliado. Segundo Santos et al. (2010) o tratamento da depressão no idoso inclui o uso de antidepressivos e ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar. No contexto da equipe multidisciplinar estão inseridos os profissionais da área da Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Assistência Social.

O enfermeiro, no cuidado ao idoso institucionalizado, encontra respaldo legal para justificar sua presença na Lei n. 7.498/86 que define os integrantes da equipe de enfermagem. Essa equipe é composta, então, pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem e pelo auxiliar de enfermagem, com cada um atuando segundo suas competências legais e respeitando de forma igualitária seu Código de Ética da Profissão (SANTOS et al., 2010).

Uma das formas de prestar um cuidado com qualidade e de forma organizada ao idoso residente em uma instituição de longa permanência é fazer uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Na SAE são planejadas as ações que irão compor o cenário do trabalho, ou seja, do cuidado da enfermagem. Como instrumento de trabalho da enfermagem, ela expressa a organização da assistência de enfermagem, que reflete a visão de um cliente visto de forma integral, e a responsabilidade de sua execução é atividade privativa do enfermeiro (LOPES et al., 2007).

Nesse contexto, a assistência de enfermagem prestada aos idosos com depressão visa buscar meios para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, mediante a visão holística, a partir das alterações psico-biológicas e sociais que ocorrem normalmente no envelhecimento e controlar as morbidades que as acometem, por meio do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem identificados nessa população (SANTOS et al., 2010).

Nas ILPIs, a equipe de Nutrição desenvolve seu trabalho com o objetivo de conscientizar os idosos sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis. Esse trabalho é realizado com base no perfil de cada residente, suas patologias e

necessidades. Através da avaliação nutricional, o profissional de nutrição pode detectar precocemente deficiências nutricionais e auxiliar os profissionais no tratamento para a recuperação e promoção da saúde dos idosos (CAMPOS et al., 2006).

Diante do exposto, os autores supracitados, ressaltam que a alimentação na vida do idoso possui uma importância emocional e social, logo, a saúde e a longevidade estão diretamente relacionadas ao estado nutricional e hábitos alimentares. Um estado nutricional equilibrado favorece a saúde física e emocional, prevenindo ou atrasando o aparecimento das doenças mais frequentes no decorso do processo de envelhecimento.

O papel do psicólogo, segundo Correa et al. (2012), pode impulsionar a manutenção de um estilo de vida saudável, podendo reduzir a chance de ocorrência de condições que levam a patologias, como a depressão.

Além de reforçar os recursos do próprio indivíduo para a preservação da saúde mental, estimula sua participação em atividades educacionais e sociais, a troca de apoio social, a criação de novos interesses e o estabelecimento de laços afetivos e apoia o engajamento em atividades que estimulem a criatividade, a sociabilidade e a participação comunitária, contribuindo para a realização de metas pessoais e dando um sentido pessoal à vida (CORREA et al., 2012, p. 132).

Na pesquisa dos autores supracitados, sobre a percepção dos idosos institucionalizado, a partir da atuação desse profissional como relevante e pertinente, sem a presença de pontos negativos na sua. Os autores observaram, ainda, que as psicólogas atuavam mais na área de prevenção, diagnóstico e tratamento dos residentes naqueles locais.

Para este grupo, atualmente, a Psicologia organizou uma estrutura teórica que leva em consideração vários fatores intrínsecos e extrínsecos associadas ao processo de envelhecimento. Este levantamento teórico consentiu o desenvolvimento de métodos práticos, como a elaboração de intervenções psicossociais, que objetivam promover a qualidade de vida e a construção de novas subjetividades dos idosos (MAGESKY; MODESTO; TORRES, 2009).

Com relação à fisioterapia, Lemos e Barros (2008) ressaltam que

[...] a Fisioterapia atua junto aos idosos na manutenção e na melhoria de sua capacidade funcional, buscando reduzir as incapacidades e as limitações, promovendo uma maior independência na execução das atividades da vida diária, melhora da autoestima e conservando o ótimo funcionamento dos sistemas orgânicos, o que condiciona aos idosos residentes de Instituições uma vivência rica em cuidados que muitos em seus próprios lares não teriam condições de desfrutar, criando assim um diferencial na assistência.

Diante do exposto, visando minimizar as deficiências advindas da doença, as atividades do tratamento fisioterapêutico realizadas objetivam o fortalecimento muscular, o ganho de equilíbrio e flexibilidade, o controle de dores quando presentes, além de

realização de oficinas de memorização e orientações quanto a mudanças em atividades diárias e rotinas de forma que o idoso retome o estímulo para a vida saudável, portanto, a fisioterapia contribuirá com a utilização de recursos que previnem o declínio físico e funcional, exercícios que melhorem a força muscular, exercícios de equilíbrio e marcha, assim como atividades para o desempenho cognitivo (LEMOS; BARROS,2008).

Por fim, a assistente social, possui um importante papel dentro da Instituição podendo facilitar e viabilizar conquistas de direitos pessoais dos idosos como, por exemplo, INSS e acesso à parte burocrática das requisições de medicamentos de alto custo requeridos ao Estado e solicitação de exames de alta complexidade, além de planejar e estudar o vínculo familiar, que é um tema bastante polêmico e muita das vezes julgado de forma precipitada (LEMOS; BARROS, 2008).

Sarreta (2009, p. 59) ressalta que

[...] o assistente social insere-se no processo de trabalho da saúde atuando na construção de estratégias que busquem criar experiências e aproximar as ações desenvolvidas no SUS com as demais políticas sociais. O incremento de estratégias programadas em equipe possibilita a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central do desenvolvimento social, econômico e político do país. Assim, ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde-doença.

É de fácil compreensão que, através de seu trabalho, o assistente social poderá desenvolver a dimensão socioeducativa da saúde, como profissional desta área, de acordo com a Resolução CFESS nº 383/99, criando espaço para orientação acerca dos direitos e deveres dos cidadãos, respeitando a vivência e a experiência do usuário, ou seja, um espaço que prima pela cidadania, o que está em comum acordo com a proposta da Educação Popular para aproximar profissionais e usuários (SARRETA, 2009).

Além, de cada função desempenhada pelos profissionais da equipe multidisciplinar, Santos et al. (2010, p.10-11) descreve e sugere ações que podem ser realizadas pela equipe visando verificar os principais sintomas da depressão:

- Processo de pensamento perturbado relacionado ao envelhecimento, evidenciado por dificuldade de concentração, falta de clareza de raciocínio. Intervenções: criar medidas para manter a orientação: auxiliá-lo a lembrar onde fica seu quarto; colocar objetos familiares, fotos ou letras coloridas na porta do quarto, na cabeceira do leito; fazê-lo caminhar (fora da ILP, se possível); estimular a memória com: fotografias, figuras, músicas, história da cidade e de vida; instigar a habilidade



cognitiva com: jogos, figuras, calendários, relógio, escrita, desenhos, materiais táteis;

- Risco de solidão relacionado ao isolamento social. Intervenções: envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização; identificar as causas e ações possíveis de direcionamento ao risco de solidão; identificar bloqueios aos contatos sociais (imobilidade física, deficiências sensoriais, falta de liberdade motivada pelos gerentes da instituição quanto às entradas e saídas dos idosos, incontinências), procurando ajudá-los na adaptação a essas situações, que podem ser decorrentes do envelhecimento; avaliar os sentimentos do idoso acerca de si próprio, sua sensação de capacidade de controle da situação, sentimento de esperança e habilidades de resolução; identificar os motivos para isolamento, envolvendo outras pessoas (alunos da enfermagem, voluntários que frequentam a ILP) como apoio; promover a participação do idoso em atividades de lazer/recreação;
- Sentimento de impotência relacionado ao ambiente de assistência à saúde evidenciado por insatisfação, mau humor. Intervenções: transmitir empatia, com o intuito de promover a verbalização, por parte do idoso, de dúvidas, medos, preocupações e os motivos de sua insatisfação; auxiliar o idoso a não se ver como desamparado, ajudando-o a identificar pontos importantes e vantagens pessoais; disponibilizar tempo para o idoso expressar sentimentos e envolvê-lo na tomada de decisões; mostrar preocupação pelo idoso como pessoa; ter tempo para escutar as percepções e preocupações do idoso e encorajá-lo a perguntar; aceitar expressão dos sentimentos, inclusive de insatisfação e mau humor; auxiliar o idoso a identificar o que ele pode fazer por si, para não se sentir mais limitado, considerando a ILP como seu lar;
- Desesperança relacionada ao abandono evidenciada por vida vazia, falta de fé no futuro, verbalização de que os outros têm mais sorte, preocupação com coisas sem importância, vontade de chorar, dificuldade em tomar decisões. Intervenções: transmitir empatia com o intuito de promover a verbalização, por parte do idoso, procurando entender suas dúvidas e discutindo seus medos e suas preocupações; avaliar fatores causadores/contribuintes de sentimento de abandono verbalizado pelo idoso; escutar atentamente as preocupações negativas e verbalizações do idoso, sem comentários ou juízos; permitir ao idoso refletir sobre o significado de sua vida.

Nesse contexto, Lopes et al. (2007) ressalta que saber intervir diante da patologia requer dos profissionais conhecimentos e habilidades específicos acerca do processo de envelhecimento e principalmente, as dificuldades enfrentadas durante a fase da velhice, como capacidade empática, envolvimento emocional e, sobretudo, respeito pelo ser humano idoso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi constatado que atualmente, a expectativa média de vida da população aumentou e com isso, acarretou o aumento de doenças crônicas, as incapacidades, ocasionando limitações temporárias ou permanentes para as necessidades humanas fundamentais. Entre estas doenças, a depressão tem se destacado, principalmente entre os idosos institucionalizados, que associado ao isolamento e à negação no intuito de diminuir a percepção de um ambiente que não lhe é agradável e afeta profundamente seus sentimentos.

A depressão neste público está, muita das vezes, relacionada à desesperança, abandono secundário, à separação de pessoas significativas e dificuldade em tomar decisões. Este sentimento de abandono ocorre, muitas vezes, pelo fato de quase não receberem visitas, sendo privados do convívio familiar, e de amigos, fazendo com que se sintam insatisfeitos e impotentes, frente à essa nova realidade. É de suma importância que a equipe multidisciplinar, esteja informada das características e dos quadros clínicos dos idosos e tenha condições de administrar de forma adequada o tratamento daqueles que têm problemas de saúde mental. Daí a importância do trabalho dessa equipe com o idoso, visando melhorar seu bem-estar, condição física, independência, qualidade de vida e autoestima, e dessa maneira, diminuir os sintomas de depressão.

Portanto, conclui-se que, quem mais sofre neste contexto é o próprio idoso, portanto o cuidado deve estar, principalmente, adequado às necessidades básicas deste público. Ressalta-se também que a importância da inserção de ações que busque resgatar a capacidade funcional e cognitiva do idoso, pois irá ajudar no enriquecimento deste cuidado, visando à melhoria na qualidade de vida do idoso. Sugere-se outros trabalhos nesta linha, com o intuito de se desenvolver programas de prevenção e proteção à saúde de idosos que vivem em abrigos, evitando essa elevada prevalência de depressão. Deste modo, aos idosos residentes, um cuidado mais direcionado, deixando seus familiares mais tranquilos e garantindo à equipe multidisciplinar mais segurança nas ações desenvolvidas, oferecendo um serviço com mais competência e qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A.C.A.; LIMA, F.R.A.; SILVA, L.F.A.; SANTOS, S.S.C. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP). **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) abr;26(1):57-66, 2005.
- BAIXINHO, C.R. S.L. Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos. **Revista Transdisciplinar em Gerontologia**. 2009.
- BARTHOLO, M.E.C. No último degrau da vida: um estudo no asilo Barão de Amparo, no município de Vassouras. **Vassouras: Revista de Mestrado em História**, 2008.
- BATISTONI, S. S. T. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, v.3, n.02, p: 13-22, julho-dezembro de 2009.
- BALBY, M. S.N. R.; SANTOS, R.J.; GARCIA, A.M. diagnóstico das instituições de longa permanência para idosos do estado do Maranhão. IN: BRASIL. **Fóruns Regionais de Vigilância Sanitária**. Agência Nacional de Vigilância, Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso, art. 3º e inciso VI. Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 de dezembro 2006. n. 237-E, Seção 1. pp. 20-24.
- BRUNO, R.; NUNES, L.R.; PEIXOTO, R.C. Análise da depressão em idosos institucionalizados – Iar Ozanan - Muriaé-Mg. **Revista Científica da FAMINAS - Muriaé** - v. 3, n. 1, sup. 1, p. 250, jan.-abr, 2007.
- CARDOSO, D.J.R; DIAS, T.L; MALUF, F. Um estudo sobre depressão no idoso. **Rev.UNIVAG**, 2007. Disponível em: < <http://www.univag.com.br/v1/Connectionline>> Acesso em: 25 out. 2015.
- CASTRO, J A. **Metodología de la investigación**. Salamanca: Amarú, 2001.
- CAMPOS, M.A.G.; PEDROSO, E.R.P.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A.; ABRANTES, M.M. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Assoc Med Bras.**; v.52, n.4, p: 214-2, 2006.
- CHERLONI, C.F.P; PINHEIRO, F.L.S; FILHO, M.C; MEDEIROS, A.L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Expressão**, Mossoró, 34(1-2); p.61-73; jan.-dez. 2011.
- CORRÊA, J.C.; FERREIRA, M.E.C.; FERREIRA, V.N.; BANHATO, E.F.C. Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p:127-136, 2012.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V., DANTAS, S. M. M.; LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: Características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana** de Enfermagem, v. 12, n. 3, p. 518-24, maio-junho de 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOFFMANN, E.J.; RIBEIRO, F.; FARNESE, J.M; LIMA, E.W.B. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J Bras Psiquiatr.**;59(3):190-197, 2010.

LEMOS, J.C.; BARROS, J.D.C. **Equipe multidisciplinar**: essencial para o cuidado dos idosos em instituição de longa permanência. 2008. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I12375.E3.T1637.D3AP.pdf>> Acesso em: 08 out. 2015.

LOPES, F.L; TIER, C.G.; LUNARDI FILHO, W.; SANTOS, S.S.C. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Cienc Cuid. Saúde**; v.6, n.1, p:59-67, jan/mar. 2007.

MAGESKY, A.M.; MODESTO, J.L.; TORRES, L.C.A. Intervenção psicossocial com um grupo de idosos institucionalizados. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 217-224, mai./ago. 2009.

MESSORA, L.B. **Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do sul de Minas Gerais**. Monografia. Universidade Federal De Alfenas UNIFAL/MG. Alfenas – MG, 2006.

PAULA, J.M.S.F; SILVA, E.C.; SILVA, M.I. Ações de enfermagem nas atividades multidisciplinares para o tratamento da depressão em idosos. **Revista Transdisciplinar em Gerontologia**. 2009.

PAVAN, F.J; MENEGHEL,S.N; JUNGES, J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (9): 2187- 2190, setembro, 2009.

RAMOS, L.R; SIMOES, E.J; ALBERT, M.S. Dependência nas atividades da vida diária e declínio cognitivo fortemente predisse mortalidade em idosos residentes em áreas urbanas no Brasil. **J Am Geriatr Soc.** ; v.49, n.9, p:1168-75, 2006.

SANTOS, S.S.C; TIER, C.G; SILVA, B.T; BARLEM, E.L.D; FELICIANNI, A.M.; VALCARENGHI, F.V. Diagnósticos e intervenções de enfermagem Para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Enfermería Global**, nº 20 Octubre 2010.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde.. In: Seminário De Saúde Do Trabalhador De Franca, 8., Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca, 2009.

TELLES FILHO, P.C.P.; PETRILLI FILHO, JF. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. **Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, 2008.

TIER, C. G. **Depressão em idoso residente em uma instituição de longa permanência (ILP):** identificação e ações e saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande. 2006.

XAVIER,F.M; FERRAZ, M.P.T; TRENTI, C.M.; ARGINOM, I.; BERTOLLUCCI, P.H.;POYARES, D.; MORIGUCHI, E. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública.**; 35(3):294-302, 2006.

## ANEXO A – Norma da Revista

### Cadernos Brasileiros de Saúde Mental

#### Diretrizes para Autores

### CATEGORIAS DE ARTIGOS

- **Artigos originais:** produtos de pesquisa empírica que não tenham sido apresentados concomitantemente a outro meio de divulgação científica (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Ensaio Teórico:** análises conceituais, que tragam novas perspectivas ou interfaces (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Revisões:** revisões de literatura – revisões de livros, artigos, teses, etc. (máximo de 5.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Relato de experiência profissional ou de serviços:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão (máximo de 4.000 palavras).
- **Debate:** referem-se a artigo teórico, constando de manuscritos de autores de diferentes instituições, admitindo-se respostas do autor (máximo de 4.000 palavras e 5 ilustrações).
- **Fórum:** publicação de 02 a 04 artigos de autores diferentes articulados entre si, em tema de interesse (máximo de 10.000 palavras).

### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Será adotada a norma “ABNT” para apresentação dos artigos científicos, incluindo suas regras para referências bibliográficas. As normas ABNT estão disponíveis em <http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>

Os manuscritos devem ser submetidos em arquivo formato “doc” ou “docx”, letra Arial tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, com margens de 2,0 cm para todos os lados, páginas numeradas no canto inferior direito de cada página.

#### Página inicial do manuscrito

- Título centralizado no idioma original (Português, Espanhol, Francês ou Inglês), em negrito, em letras maiúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito;
- Versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal;

- RESUMO - em português, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco palavras-chave;
- ABSTRACT – em inglês, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco *keywords*.

**OBSERVAÇÃO: A página inicial do manuscrito e as demais páginas NÃO devem conter informações de nomes e filiação do(s) autor(es). O arquivo enviado deve estar anônimo, para fins de avaliação pelos pareceristas da revista. Todas as informações de autoria (nome, filiação, e-mail, etc) devem ser cadastradas durante a submissão do manuscrito. Consulte o link "Submissão passo a passo" para informações.**

### Texto

- Em caso de Artigos baseados em pesquisas sugere-se estruturá-los em: "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais", "Referencias bibliográficas".
- Para as demais categorias de artigo, admite-se maior liberdade de variação de estrutura, respeitando-se o estilo de redação empregado pelos autores;
- Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em letras maiúsculas e em negrito.
- Os sub-itens deverão ser destacados em negrito, com a primeira letra da palavra inicial maiúscula e o restante em letras minúsculas.
- A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor deve ser especificada já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em [www.icmje.org](http://www.icmje.org).
- São permitidos agradecimentos às instituições, agências de fomento e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadrem nos critérios de autoria referidos no item anterior.
- Os "Agradecimentos", se pertinentes, devem constar entre os itens "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Seguem as normas de estilo ABNT. Acesse <http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>
- ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E TABELAS – devem, a princípio, ser colocadas no corpo do texto, seguindo-se à sua citação. Aceita-se a colocação ao final do artigo, caso o autor assim prefira por motivo estilístico. Não há normas específicas para a configuração de ilustrações, gráficos e tabelas. Entretanto, solicita-se ao(s) autor(es) o cuidado quanto a qualidade gráfica destes elementos para garantir a legibilidade do texto.
- Apesar da estrutura básica adotada pela CBSM, será respeitado o estilo de redação de cada autor, desde que contemple essencialmente os itens anteriormente mencionados.

- Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (Português, Inglês, Espanhol ou Francês).

#### Condições para submissão

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

1. O artigo encontra-se devidamente formatado, de acordo com as diretrizes da revista.
2. O artigo enviado é inédito e não foi submetido a nenhuma outra revista científica.
3. Todos os autores participaram da elaboração do artigo.
4. O artigo reflete a temática de escopo da revista. Saúde Coletiva/Saúde Mental.