

DEPRESSÃO EM IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP): proposta de ação de enfermagem

Ana Carla Alves de ANDRADE^a
Fernanda Raquel Alves de LIMA^a
Luciana Fernandes Albuquerque e SILVA^a
Silvana Sidney Costa SANTOS^b

RESUMO

Foram objetivos deste estudo: identificar a presença de depressão em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência; propor ação de enfermagem direcionada à prevenção da depressão nestes idosos. Pesquisa descritiva, realizada no Abrigo Cristo Redentor, em Recife, Pernambuco, Brasil, com amostra de 41 idosos, dos quais sete, apresentaram depressão, tendo como principais sinais e sintomas: desesperança; sensação de inutilidade; dificuldades para dormir; tristeza e outros. Concluímos reconhecendo as dificuldades enfrentadas por idosos que necessitam residir em Instituição de Longa Permanência, e a importância da presença do enfermeiro para melhor atender estas dificuldades.

Descritores: Depressão: enfermagem. Saúde do idoso. Asilos para idosos. Assistência a idosos. Idoso. Idoso de 80 anos ou mais. Humano.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron: identificar la presencia de depresión en los residentes mayores en una clínica residencial geriátrica; proponer acción de enfermería para prevenir la depresión en estos ancianos. Investigación descriptiva realizada en el Abrigo Cristo Redentor, en Recife, Pernambuco, Brasil, con 41 ancianos. Siete de ellos presentaron depresión cuyos síntomas principales fueron: desesperación; sensación de inutilidad; dificultades para dormir, tristeza y otros. Concluimos reconociendo las dificultades enfrentadas por los residentes mayores que necesitan residir en una clínica residencial geriátrica y la importancia de la presencia del enfermero para mejor atender a estas dificultades.

Descriptor: Depresión: enfermería. Salud del anciano. Hogares para ancianos. Asistencia a los ancianos. Anciano. Ancianos de 80 años y mas. Humano.

Título: Depresión en los mayores en una clínica residencial geriátrica: propuesta de acción de enfermería.

ABSTRACT

The objectives of this study were: identifying the presence of depression among elderly dwelling in an Elderly Clinic; proposing a nursing action in order to prevent depression among these elderly guests. Descriptive research carried out at Abrigo Cristo Redentor, in Recife, Pernambuco, Brazil, with a sampling of 41 aged people. Seven out of them presented depression. The main symptoms were: hopelessness; uselessness feeling; insomnia; sadness among others. We concluded by recognizing the difficulties faced by the elderly who need to live in an Elderly Clinic and the importance of the nurse presence to better handle their difficulties.

Descriptors: Depression: nursing. Aging health. Homes for the aged. Old age assistance. Aged. Aged, 80 and over. Human.

Title: Depression among the elderly in an elderly clinic: proposal of nursing action.

^a Enfermeira.

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade de Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontogerátrica (GEP/GERON/FURG - CNPq).

1 INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira aumenta gradualmente, seguindo uma tendência mundial de mudança do perfil epidemiológico. As mudanças sofridas pelas sociedades de modo geral refletem as preocupações da população no que se refere aos idosos e ao cumprimento das leis que os acobertam nos casos de infração aos seus direitos. Uma das questões que preocupam a todos diz respeito à necessidade de existência da Instituição de Longa Permanência (ILP).

A Instituição de Longa Permanência é um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Estas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato – devem proporcionar serviços nas áreas: social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário⁽¹⁾.

O número destas instituições, que resistem às modificações sociais e são ainda consideradas necessárias para atender à demanda dos que procuram seus serviços, constitui um dado fortemente relacionado. Dos 448.459 idosos do Estado de Pernambuco, 3.053 encontram-se em instituições de longa permanência e destes, 2.686 encontram-se em Instituições de Longa Permanência filantrópicas ou mistas⁽²⁾.

Fatores como as limitações físicas e a dependência funcional, verificados nos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência, associam-se ao isolamento e à negação no intuito de diminuir a percepção de um ambiente que não lhe é agradável e afeta profundamente seus sentimentos contribuindo para o desenvolvimento de doenças, entre elas a depressão⁽³⁾.

A depressão pode ser definida como um transtorno de humor, que é um problema psicológico que se expressa através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais. O declínio progressivo do humor pode ser visto também do ponto de vista biológico ou orgânico, com as mudanças no sistema endócrino, neurológico e fisiológico⁽⁴⁾.

O idoso que se encontra em Instituição de Longa Permanência, está separado do ambiente familiar e é levado a conviver com estranhos, muitas vezes isolado da atualidade cultural, além de estar experimentando a incômoda situação de abandono, dependência e inutilidade.

Verificou-se que 75% dos idosos institucionalizados não estão contentes com sua situação atual, sendo o grau de bem-estar pessoal insuficiente, com o índice de satisfação global baixo e a auto-estima mínima⁽⁴⁾.

Os objetivos deste estudo foram: identificar a presença de depressão em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência; propor ações de enfermagem direcionadas a prevenção da depressão em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência.

2 METODOLOGIA

Pesquisa do tipo descritiva, realizada no Abrigo Cristo Redentor, que surgiu em 1938 durante o governo de Agamenon Magalhães, quando o fundador Raphael Levy Miranda veio ao Recife e fundou a Obra de Assistência aos Mendigos e Menores Desamparados da Cidade do Recife e em 1942 foi inaugurado o Abrigo Cristo Redentor. Trata-se de uma sociedade civil, dirigida por irmãs de caridade e por uma diretoria eleita por mandato de dois anos, sem remuneração, sendo os membros, na sua maioria, pertencentes ao Rotary Clube do Recife⁽⁵⁾.

A população do estudo constou de 130 idosos residentes no Abrigo Cristo Redentor. A amostra de 41 idosos foi estabelecida a par-

tir dos seguintes critérios de inclusão, que o idoso: não apresentasse o diagnóstico médico de depressão; não fizesse usos de antidepressivos; fosse orientado, quanto ao tempo e espaço; tivesse condições de interação com as pesquisadoras e concordasse em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário, contendo perguntas relacionadas à caracterização dos sujeitos do estudo e a Escala de Depressão Abreviada de Zung⁽⁶⁾, por ter sido a que mais se prestou à população em estudo pela praticidade e simplicidade na obtenção das respostas e entendimento dessa população. Esta Escala surgiu nos Estados Unidos, por Zung e colaboradores, impulsionando a melhora da qualidade dos diagnósticos como também maior fidedignidade no acompanhamento clínico de idosos deprimidos. Nesta Escala os escores são submetidos a um cálculo, onde o numerador T representa o total de pontos obtidos na avaliação e os resultados acima de 70 são considerados como próprios dos quadros depressivos⁽⁷⁾.

Como procedimentos de coleta dos dados, utilizamos a entrevista e seguimos os passos: enviamos a Carta de solicitação para desenvolver a pesquisa à instituição, que nos acolheu através de autorização por escrito (carta de anuência); enviamos o projeto de pesquisa para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), que emitiu parecer favorável; utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada idoso que participou da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96, que aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁸⁾; realizamos um primeiro contato com os idosos e, neste momento, aplicamos o início do instrumento de coleta dos dados e em um segundo e até terceiro ou quarto encontros, quando adquirida a confiança do idoso, aplicamos a Escala de Depressão Abreviada de Zung.

A análise dos dados é apresentada indicando as características do grupo pesquisado, seguida das questões relacionadas à depressão. Por fim, a partir dos dados, propõem-se ações de enfermagem, utilizando-se os diagnósticos de enfermagem, que ajudarão no direcionamento da minimização e/ou prevenção da depressão em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência.

3 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO E DA DEPRESSÃO

Em relação à idade verificamos que dos 41 investigados, dezenove idosos tinham 80 anos e mais. Quanto ao sexo verificamos que mais mulheres (29) foram identificadas no estudo, comprovando o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento⁽⁹⁾. A feminização vem ocorrendo desde o final da década de 80, mas há muito tempo têm sido superior, no país, o número absoluto de mulheres idosas, quando comparado com os homens idosos.

Quanto ao estado civil encontramos dezesseis solteiros e dezessete viúvos. A situação de viuvez mais acentuada já era esperada nos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência, que muitas vezes são encaminhados para tais instituições por estarem sós e/ou por não terem condições de continuarem sozinhos, após a morte do cônjuge. Já a condição de solteiros, também direciona os idosos à institucionalização, pois quando não mais apresentam condições de residirem sozinhos e não têm filhos, só lhes restam as Instituições de Longa Permanência.

Em relação à escolaridade verificamos que foi predominante a condição de falta de instrução, presente em dezenove idosos. Fato já esperado, pois há décadas a dificuldade de acesso à educação era bem maior que hoje, principalmente para as mulheres.

As perdas intelectuais na idade avançada não parecem ser inevitáveis, universais

e irremediáveis. Alguns idosos continuam a exibir excelente funcionamento intelectual e as pessoas com uma instrução substancial e renda confortável têm maior probabilidade de manter as capacidades intelectuais do que as demais pessoas, portanto o fator intelectualidade pode ser um agravante nas instituições, por conta das condições de conforto insuficientes⁽¹⁰⁾.

É importante enfatizar que apesar do baixo nível escolar dos idosos não se pode tornar homogêneo os cuidados a eles direcionados, percebendo-os como seres acrílicos e sem vontade própria, fato comum em Instituição de Longa Permanência por parte de profissionais despreparados⁽¹¹⁾.

A religião predominante entre os entrevistados foi a católica, com 38 do total dos entrevistados. Encontramos em estudos psicológicos que a solução terapêutica para problemas emocionais é não ter a religião como principal meio, ou seja, quanto menos religioso for o indivíduo, mais saudável emocionalmente tenderá a ser⁽¹²⁾. Porém, na realidade dos idosos pesquisados a religião torna-se uma forma de alento e muitas mulheres idosas têm na prática da religião, por meio da oração, momentos de tranquilidade e bem-estar.

Quando questionados sobre a naturalidade, vinte dos 41 idosos entrevistados referiram ter origem interiorana, apesar de morarem, em Recife, capital do Estado de Pernambuco, Brasil, há muitos anos. Existe comprovação de uma maior concentração de idosos nas áreas urbanas do que nas rurais⁽⁹⁾.

Dos 41 idosos estudados, 29 residem na Instituição de Longa Permanência investigada há mais de cinco anos, destes, nove estão na Instituição de Longa Permanência há mais de dez anos. Pelo fato de muitos idosos serem deixados na Instituição de Longa Permanência pesquisada com a promessa dos familiares ou das pessoas que os levaram, desta ser uma situação temporária, alguns idosos, mesmo os que já residem na Insti-

tuição de Longa Permanência há mais de um ano, se prendem à perspectiva de que voltarão a residir em seus antigos lares.

Fatores como idade, tipo de evento, personalidade e história de vida do indivíduo, somados às modificações recentes no ambiente e às características de suporte e de geração de estresse do meio, contribuem para o desenvolvimento de quadros depressivos e se tem verificado uma incidência de 14% de quadros depressivos no primeiro ano de institucionalização⁽¹³⁾.

Quando questionados sobre o fato de realizarem atividades de lazer, 26 idosos dos 41 investigados referiram participar de algum tipo, sendo consideradas atividades de lazer aquelas menos relacionadas à mobilidade física como: assistir televisão, ouvir o rádio, rezar o terço. Alguns dos que referiram não realizar atividade relataram o desejo de serem inseridos em algum tipo de lazer.

Dos 41 entrevistados, 29 relataram receber algum tipo de visita, seja esta de familiares, vizinhos ou pessoas caridosas que conheceram quando já residindo na Instituição de Longa Permanência.

Dos 41 idosos investigados, sete apresentaram depressão, de acordo com a Escala de Depressão abreviada de Zung. Pode haver o sub-reconhecimento da depressão entre os idosos, pelo fato das queixas somáticas serem mais freqüentes entre estes que na população mais jovem. O próprio processo de envelhecimento, que leva a uma maior lentificação orgânica do ser humano, pode mascarar os sintomas de depressão no idoso, não deixando que profissionais menos habilitados no seu cuidado identifiquem este transtorno mental precocemente⁽¹⁴⁾.

Dos dezenove idosos com mais de 80 anos, em quatro, comprovou-se a presença da depressão e inferimos que com o avançar da idade os distúrbios depressivos tendem a aumentar. Encontramos em outro estudo que a incidência de depressão é significativamente maior em indivíduos com 65 anos ou mais⁽¹³⁾.

Dos sete idosos depressivos, seis eram do sexo feminino. Em outro estudo o autor afirma que independente de país, ou cultura, a depressão é duas vezes mais prevalente entre as mulheres e os fatores como: estresses variados, partos, modelos comportamentais de aprendizado da impotência e efeitos hormonais figuram como possíveis predisponentes da depressão nas mulheres⁽¹⁴⁾.

Nos sete idosos deprimidos, três apresentaram-se sem instrução, dois sabem ler e escrever com limitações. Como alguns idosos investigados foram maiores de 80 anos, percebemos que quanto mais a idade avança, mais a proporção da qualidade de sem instrução, entre os idosos, tende a aumentar, o que se comprovou em outro estudo⁽¹⁵⁾.

Em nosso estudo não obtivemos casos de depressão entre os idosos residentes na ILP há menos de um ano, sendo os quadros depressivos constatados principalmente entre os idosos residentes entre mais de um a cinco anos (três idosos) e mais de cinco anos (quatro idosos).

Cinco dos sete depressivos relataram participar de algum tipo de atividade de lazer. A inserção dos idosos em alguma atividade social ou algo que lhe proporcione prazer é uma sugestão no tratamento da depressão. Porém, não basta apenas introduzi-los em atividades, mas estas devem ser providas de algum sentido para os idosos, caso isto não aconteça, o cotidiano dos idosos vai se entregando à ociosidade e à monotonia, fazendo-os se distanciarem, cada vez mais, do auto-gerenciamento de sua vida e tornando-os agentes de sua própria exclusão⁽¹¹⁾.

Os sete idosos depressivos relataram receber visitas sistemáticas. É importante visualizar os aspectos relativos ao recebimento de visitas, visto que se poderia supor a falta dos familiares e amigos como fator predisponente de depressão, porém o abandono na percepção dos idosos pode não estar relacionado ao recebimento de visitas e sim à privação da convivência com seus familiares.

4 PROPOSTAS DE AÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO

O tratamento do idoso depressivo está baseado em ações de caráter medicamentoso, psicoterápico e de mudanças do padrão de vida. A enfermagem enquanto responsável para a estruturação do conhecimento das respostas humanas aos problemas de saúde, tem o intuito de propiciar ao doente as melhores condições para que a natureza aja sobre ele. O modo de classificação da enfermagem para descrever e desenvolver um plano de cuidados fundamentado cientificamente é a identificação dos diagnósticos de enfermagem⁽¹⁶⁾.

As ações voltadas ao cuidado com o idoso depressivo, a partir dos diagnósticos de enfermagem, necessitam basear-se nos sinais e sintomas apresentados pelo idoso deprimido. Os diagnósticos aqui descritos estão relacionados aos sinais e sintomas mais presentes nos idosos investigados, identificados a partir da Escala de Depressão Abreviada de Zung, que foram: desesperança, sensação de inutilidade, dificuldade para dormir e falta de prazer em fazer o que fazia antes, tristeza, sensação de piora ao amanhecer, mudança no padrão alimentar, dificuldades para tomar decisões, sensação de vazio na vida e sensação de cansaço. As ações sugeridas tiveram como subsídios Carpenito, que relaciona os diagnósticos de enfermagem segundo a *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)*, com as ações/intervenções de enfermagem^(16,17).

A **desesperança** foi o sintoma mais prevalente ao aplicarmos a Escala de Depressão Abreviada de Zung (presente em 27 idosos). Tal sintoma refere-se a um estado emocional sustentado, subjetivo, no qual o indivíduo não percebe a disponibilidade de alternativas ou escolhas disponíveis para a solução de problemas ou para a obtenção do que é desejado. Com isso não pode mobilizar energias em seu benefício para o estabelecimento de metas⁽¹⁶⁾.

Proposta de ação: transmitir empatia com o intuito de promover a verbalização de dúvidas, medos e preocupações por parte do idoso; auxiliar o idoso a compreender que pode lidar com os aspectos sem esperança, separando-os dos esperançosos; criar um ambiente no qual possa ser encorajada a expressão espiritual; ensinar o idoso a antecipar as experiências agradáveis de cada dia, como caminhar, ler, ou outras que lhe proporcionem prazer; investigar o sistema de crença de apoio do idoso, como por exemplo, seu relacionamento com Deus ou atividades religiosas; permitir ao idoso tempo e oportunidades para refletir sobre o significado da vida; comunicar a aceitação das várias práticas e crenças espirituais, demonstrando atitudes não-críticas; estar disponível para ouvir quando o idoso expressar as próprias dúvidas, a culpa ou outros sentimentos negativos.

A **sensação de inutilidade**, enquanto segundo sintoma mais prevalente entre os pesquisados (23 idosos), está relacionado à baixa auto-estima, que se refere ao estado em que o indivíduo apresenta uma auto-avaliação negativa de longa duração sobre si mesmo e as suas capacidades. A sensação de inutilidade também pode estar relacionada ao **distúrbio no autoconceito**, que é o estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, uma mudança negativa na maneira de sentir, de pensar ou de ver a si mesmo. Podendo incluir uma mudança na imagem corporal, na auto-idealização, na auto-estima, no desempenho de papel ou na identidade pessoal⁽¹⁶⁾.

Proposta de ação: encorajar o idoso a expressar os sentimentos, especialmente sobre a maneira como se sente, pensa ou vê a si mesmo; proporcionar informações confiáveis às dúvidas dos idosos, reforçando sempre as informações já fornecidas; descobrir as áreas que o idoso gostaria de mudar, encorajando-o a solucionar os seus problemas; esclarecer as concepções errôneas que o idoso tem sobre si mesmo; evitar críticas destrutivas; oportunizar

ao idoso o desenvolvimento de atividades compatíveis com suas aptidões; verbalizar a importância da realização das atividades do idoso para ele e para os demais; proporcionar encorajamento à medida em que uma tarefa ou uma habilidade é tentada permitindo que o idoso desempenhe as tarefas de forma mais independente possível; auxiliar o idoso na expressão de sentimentos e pensamentos; não permitir que o idoso se isole; estimular o desenvolvimento de atividades que lhe proporcionem satisfação; usar com o idoso o mesmo tom de voz usado habitualmente com outras pessoas; evitar atribuir deficiências à **idade avançada**; permitir ao idoso tempo suficiente para realizar as tarefas em seu próprio ritmo; elogiar sua aparência, seus feitos e até suas tentativas, sempre que possível.

A **dificuldade para dormir** foi citada por dezoito dos 41 idosos entrevistados estando relacionado ao diagnóstico de **Distúrbio no Padrão do Sono**. Tal distúrbio refere-se ao estado no qual o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar uma mudança na qualidade do seu padrão de repouso, causando-lhe desconforto ou interferindo no estilo de vida desejado⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: reduzir os ruídos; se a micção durante a noite perturbar, fazer com que o idoso limite a ingestão dos líquidos durante a noite e urine antes de recolher-se; estimular a realização de atividades durante o dia; limitar o tempo de sono durante o dia se excessivo (quando excede mais do que uma hora); limitar a ingestão de bebidas com cafeína após o meio da tarde; explicar os efeitos negativos do álcool sobre o sono; explicar que as pílulas para dormir não são eficazes após um mês e que interferem na qualidade do sono e no funcionamento diurno.

Do total dos entrevistados, dezoito idosos referiram **falta de prazer em fazer o que fazia antes**, tal sintoma refere-se ao diagnóstico de **déficit de lazer**, que se refere ao estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, diminuição da estimulação ou do interesse pelo lazer⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: estimular a motivação mostrando-lhe interesse no encorajamento do partilhar sentimentos e experiências; variar a rotina diária, sempre que possível; discutir os *hobbies* apreciados anteriormente; proporcionar material de leitura, rádio, televisão, e livros gravados se a deficiência visual estiver presente; planejar uma atividade diária para que o idoso tenha algo para esperar, mantendo sempre as promessas feitas; considerar o uso de um voluntário para ler ou para ajudar em outras atividades; em um ambiente institucional, sempre que possível, permitir a escolha de atividades recreacionais do interesse do idoso, elogiando o envolvimento e concentrando-se nas capacidades e não nos déficits.

A tristeza foi o quinto sintoma mais referido pelos idosos, presente em quinze dos 41 investigados. Tal diagnóstico corresponde à **tristeza crônica** que é o estado em que o idoso apresenta, ou está em risco de apresentar, tristeza permanente e de intensidade variável em resposta à mudança provocada por um evento ou condição em uma pessoa querida e às perdas constantes da normalidade⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: encorajar a compartilhar os sentimentos desde a mudança; encorajar, delicadamente, a compartilhar os sonhos ou esperanças perdidas; auxiliar a identificar os marcos do desenvolvimento que irão exacerbar a perda de normalidade; encorajar a participação do idoso em grupos de apoio com outros que apresente tristeza crônica; esclarecer que os sentimentos oscilarão ao longo dos anos, mas a tristeza não desaparecerá.

A sensação de piora ao amanhecer, foi referida por treze idosos, estando relacionada aos diagnósticos de **Distúrbio no Padrão do Sono** e **Tristeza Crônica**, já citados, merecendo as propostas de ações já relacionadas.

Mudanças no padrão alimentar também foram referidas por 13 idosos. Pode estar relacionada ao diagnóstico de **nutrição alterada** que se refere ao estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, ou não ganho ou perda de peso⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: ensinar técnicas de modificação de comportamento como: comer em locais específicos, não comer enquanto realiza atividades, beber um copo de 250 ml de água, uma hora antes das refeições, usar pratos pequenos, comer lentamente e mastigar completamente; planejar um programa de caminhadas diárias aumentando gradualmente a sua velocidade e sua duração; evitar esforçar-se excessivamente, ficando extremamente fatigado; estabelecer um horário regular para os exercícios diários; monitorizar frequentemente o peso; explicar a importância de uma nutrição adequada; proporcionar uma atmosfera agradável e relaxante para a alimentação; ensinar ou auxiliar o indivíduo a repousar antes das refeições; manter a boa higiene oral antes e após a ingestão de alimentos; oferecer pequenas refeições frequentes (seis por dia incluindo os lanches) para reduzir a sensação de estômago distendido; ensinar o idoso com pouco apetite a comer alimentos secos ao levantar; comer alimentos salgados, se permitidos; evitar os alimentos excessivamente doces, gordurosos, fritos ou fortes; experimentar as bebidas frias e claras; beber lentamente através de um canudo; comer o que puder ser tolerado; comer porções pequenas e pobres em gorduras com maior frequência – recomendar para os idosos o aumento da ingestão de cálcio, reduzir a ingestão de calorias, equilibrar a ingestão e o exercício, incluir beta caroteno (cenoura, abóbora, agrião, alface, beterraba e manga) e suplementos de vitamina C (frutas cítricas, melão, brócolis e batatas) e de vitamina E (grãos diversos, ovos, óleos vegetais, margarina e nozes) diariamente.

A **dificuldade para tomar decisões** foi referida também por treze idosos, e pode estar relacionada ao diagnóstico de **conflito de decisão**, que é o estado em que o indivíduo/grupo apresenta incerteza sobre o curso da ação, quando a escolha envolve riscos, perdas ou desafios. O diagnóstico de **confusão** também pode estar relacionado, sendo definido como um estado em que o indivíduo apre-

senta, ou está em risco de apresentar, um distúrbio na cognição, atenção, memória e orientação de origem e surgimento indeterminados⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: estabelecer um relacionamento confiável e significativo que promova compreensão e interesse mútuo; facilitar o processo lógico de tomada de decisão auxiliando o idoso a reconhecer qual o problema e identificar claramente que decisão deve ser tomada; explorar quais seriam os riscos de não decidir; fazer com que o idoso elabore uma lista de todas as alternativas e opções possíveis; auxiliar a identificar prováveis resultados das várias alternativas; auxiliá-lo a encarar os medos; corrigir informações erradas; ajudar na avaliação das alternativas baseada nas ameaças reais ou potenciais às crenças/valores; encorajá-lo a tomar a decisão; encorajar as pessoas próximas ao idoso a envolverem-se no processo de tomada de decisão; auxiliar o idoso na exploração dos valores pessoais e relacionamentos que possam ter um impacto sobre a decisão; reforçar o idoso referindo que a decisão pertence a ele, e que ele tem o direito de tomá-la; não permitir que outros minem a confiança do idoso ao tomar a decisão; facilitar a comunicação entre idoso, família e profissionais; promover a comunicação que contribua para o censo de integralidade do idoso, mantendo o padrão de cuidados respeitoso e empático; usar modalidades para promover a estimulação do idoso (terapia musical, recreação, treinamento sensorial e terapia da reminiscência).

A sensação de vazio foi referida por dez dos entrevistados. Tal sintoma relaciona-se ao diagnóstico de **Enfrentamento Individual Ineficaz** que se refere ao risco ou ao fato de o indivíduo apresentar incapacidade para controlar de forma adequada os estressores internos ou ambientais em decorrência de recursos inadequados⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: oferecer apoio à medida em que o idoso fala, proporcionando-lhe

uma perspectiva realista e mais esperançosa; ajudar o idoso a identificar os problemas auxiliando-o a solucioná-los de maneira construtiva, propondo-lhe maneiras vantajosas de resolvê-los; estimular o aumento gradual de atividades para o idoso; consultar os profissionais apropriados para um melhor cuidado direcionado ao idoso depressivo.

O sintoma de **sensação de cansaço** foi referido por oito idosos. Tal sintoma está relacionado à **fadiga**. Este diagnóstico é um estado auto-reconhecido no qual o indivíduo apresenta sensação sustentada e avassaladora de exaustão e diminuição da capacidade de esforço físico e mental, não aliviadas pelo repouso⁽¹⁷⁾.

Proposta de ação: explicar as causas da fadiga ao idoso; permitir a expressão dos sentimentos relativos aos efeitos da fadiga sobre a vida do idoso; auxiliar o idoso a identificar os pontos fortes, as capacidades e os interesses; analisar em conjunto os níveis de fadiga de 24 horas, momentos de pico de energia, momentos de exaustão, atividades associadas com a fadiga crescente; auxiliar o idoso a identificar tarefas que podem ser delegadas; planejar as tarefas importantes durante os períodos de grande energia; auxiliar o idoso a identificar as prioridades e eliminar as atividades não essenciais; ensinar técnicas de conservação de energia, reduzindo as subidas de escada; descansando antes das tarefas difíceis e interrompê-las antes que a fadiga surja; instalar corrimões; fracionar as refeições, realizando refeições pequenas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema visualizado no início deste estudo, visto pelas perspectivas das autoras acerca da existência da depressão entre os idosos residentes na Instituição de Longa Permanência denominada Abrigo Cristo Redentor, foi o grande motivador da realização deste estudo, que mostra, ao término, a necessidade de abordagem do tema pelos

inúmeros fatores que justificaram a realização dele como: a dimensão física e contingencial, as deficiências do cuidado que é prestada aos idosos e o padrão de vida deles, associados a fatores psicológicos inerentes ao processo de envelhecimento e, mais especificamente nesse caso, ao **abandono familiar**.

Em vista da dificuldade de ação eficaz nos casos de idosos depressivos e da evidente falta de diagnóstico precoce, foram propostas ações de enfermagem direcionadas a idosos residentes em Instituição de Longa Permanência, como forma de prevenir a depressão.

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. O descuido pode estar refletindo-se no estado psicológico do idoso; assim também como na diminuição do apetite; na falta de interesse pelas atividades propostas; na falta de interação com os demais idosos, funcionários ou familiares; e em muitos outros sinais mostrados diariamente por eles em suas atitudes. Tais sinais poderiam ser minimizados pelos profissionais, mas por falta de informações e capacitação, estes profissionais não identificam e portanto, não intervêm e não realizam os encaminhamentos, devidamente, quando necessário.

Outros trabalhos nesta linha são necessários para que se possam elaborar propostas de ações conjuntas com áreas que se fazem prementes ao trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com o idoso, envolvendo psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física e outras áreas afins, para que através de dados e conhecimentos científicos, possam-se implementar, de maneira eficaz, as ações pertinentes.

A enfermagem enquanto disciplina que objetiva o cuidado e, a enfermagem gerontogeriatrica interessada nos aspectos relativos ao processo do envelhecimento, ao cuidado direcionado ao ser humano idoso e à percepção de alterações biopsicossociais na fase da

velhice; e neste caso especificamente, preocupada com a depressão do idoso, se fazem insubstituíveis para o cuidado aos acometidos e com risco de desenvolverem a depressão.

As propostas apresentadas, poderão ser desenvolvidas por profissionais habilitados que as implementem de maneira judiciosas e que estejam aptos a identificar os sinais e sintomas pertinentes, fazendo os encaminhamentos necessários e cuidando no âmbito de suas habilidades.

O enfermeiro é um dos profissionais inseridos no contexto da multidisciplinaridade das Instituições de Longa Permanência e portanto necessita estar presente nelas. De acordo com a Lei 7498/86⁽¹⁸⁾, que regulamenta o exercício profissional, no seu artigo 11, inciso I, encontra-se ser atividade privativa do enfermeiro: o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem, ou seja, onde houver profissional de enfermagem de nível médio: técnicos e auxiliares em enfermagem e outros profissionais que realizam o cuidado, há necessidade de um enfermeiro, para liderar e direcionar o trabalho destes profissionais. Todavia esta realidade ainda não se faz presente na maioria das Instituições de Longa Permanência.

Diante do exposto recomendamos que: os órgãos competentes do seguimento da legislação de enfermagem, a nível nacional e regional, procurem assegurar aos enfermeiros a atuação nas instituições de longa permanência, garantindo-lhes um novo campo de ação e melhor desempenho das atividades dos profissionais de enfermagem; que os empresários e administradores das Instituições de Longa Permanência admitam o enfermeiro em seus serviços, garantindo, deste modo, aos idosos residentes, um cuidado mais direcionado, deixando seus familiares mais tranquilos e garantindo à equipe de enfermagem mais segurança nas ações desenvolvidas por esta equipe e portanto, oferecendo um serviço com mais competência e qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Instituição de longa permanência para idosos. São Paulo: Imprensa Oficial; 2003. 40 p.
- 2 Castro S. A boa convivência em casa. *Jornal do Comércio, Recife (PE)* 2003 mar 26;6(Caderno Cidades):4.
- 3 Oliveira CAA, Lima SA. Idoso em movimento: proposta para melhor qualidade de vida na velhice [trabalho de Conclusão da Graduação em Enfermagem]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2001. 68 f.
- 4 Ballone GJ. Depressão no idoso. [s.l.]: PsiqWeb; 2002. Disponível em: URL: <www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso2.html>. Acessado em: 3 maio 2003.
- 5 Nascimento FMB, Machado MVS, Silva RMF. Assistência institucional em relação ao idoso [trabalho de Conclusão da Graduação em Psicologia]. Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco; 1989. 94 f.
- 6 Bowling A. La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona: Masson; 1994. 222 p. p. 107-9.
- 7 Correa ACO. Envelhecimento: depressão e doença de Alzheimer. Belo Horizonte (MG): Health; 1996. 185 p.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996. 18 p.
- 9 Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. *In: Neri AL, Debert GG. Velhice e sociedade*. Campinas (SP): Papyrus; 1999. 232 p. p. 11-40.
- 10 Davidoff LL. Introdução à psicologia. São Paulo: McGraw-Hill; c1983. 732 p. il.
- 11 Moraes IAL, Duarte MJRS. Cuidando do idoso asilado: universalidades e diversidades para fundamentação das ações de enfermagem. *Enfermagem Atual, Rio de Janeiro* 2002 set/out;11(1): 15-8.
- 12 Carvalho VFC, Fernandes MED. Depressão no idoso. *In: Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento: uma visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2000. 524 p. il. p. 122-42.
- 13 Stoppe Junior A, Louzã Neto MR. Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo: Lemos; 1998. 86 p.
- 14 Depressão. *In: Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 1997. 1169 p. il. p. 228-325.
- 15 Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte (MG): Postgraduate; 1998. 68 p.
- 16 Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 1997. 882 p.
- 17 Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2001. 212 p.
- 18 Ribeiro GS, Costa SFG, Lopes MEL. Legislação de enfermagem: um guia para o profissional e estudante de enfermagem. João Pessoa (PB): Almeida; 1996. 1555 p.

Endereço da autora/Author's address:

Silvana Sidney Costa Santos
 Rua Dr. Eduardo Ernesto de Araújo, 62/401
 Centro, Rio Grande, RS.
 CEP: 96.200-560
 E-mail: silvanasidney@terra.com.br

Recebido em: 02/01/2004
 Aprovado em: 30/03/2005