

CENIR GONÇALVES TIER

**DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA (ILP): identificação e ações de
Enfermagem e Saúde**

Rio Grande

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

T564a Tier, Cenir Gonçalves

Depressão em idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde / Cenir Gonçalves Tier. – Rio Grande: FURG, 2006.

110f.

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2006.

1. Idoso – Depressão 2. Saúde do idoso 3. Cuidados de enfermagem - Idoso II. Título.

CDU: 616-053.9

Responsável pela catalogação:

Bibliotecária – Fernanda Ribeiro Paz CRB 10 / 1720

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA (ILP): identificação e
ações de Enfermagem e Saúde**

CENIR GONÇALVES TIER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Sidney Costa Santos

Rio Grande

2006

**DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM UMA
INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA (ILP): identificação e ações de
Enfermagem e Saúde**

CENIR GONÇALVES TIER

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 24/08/2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Wilson Danilo Lunardi Filho
(Coordenador do Programa)

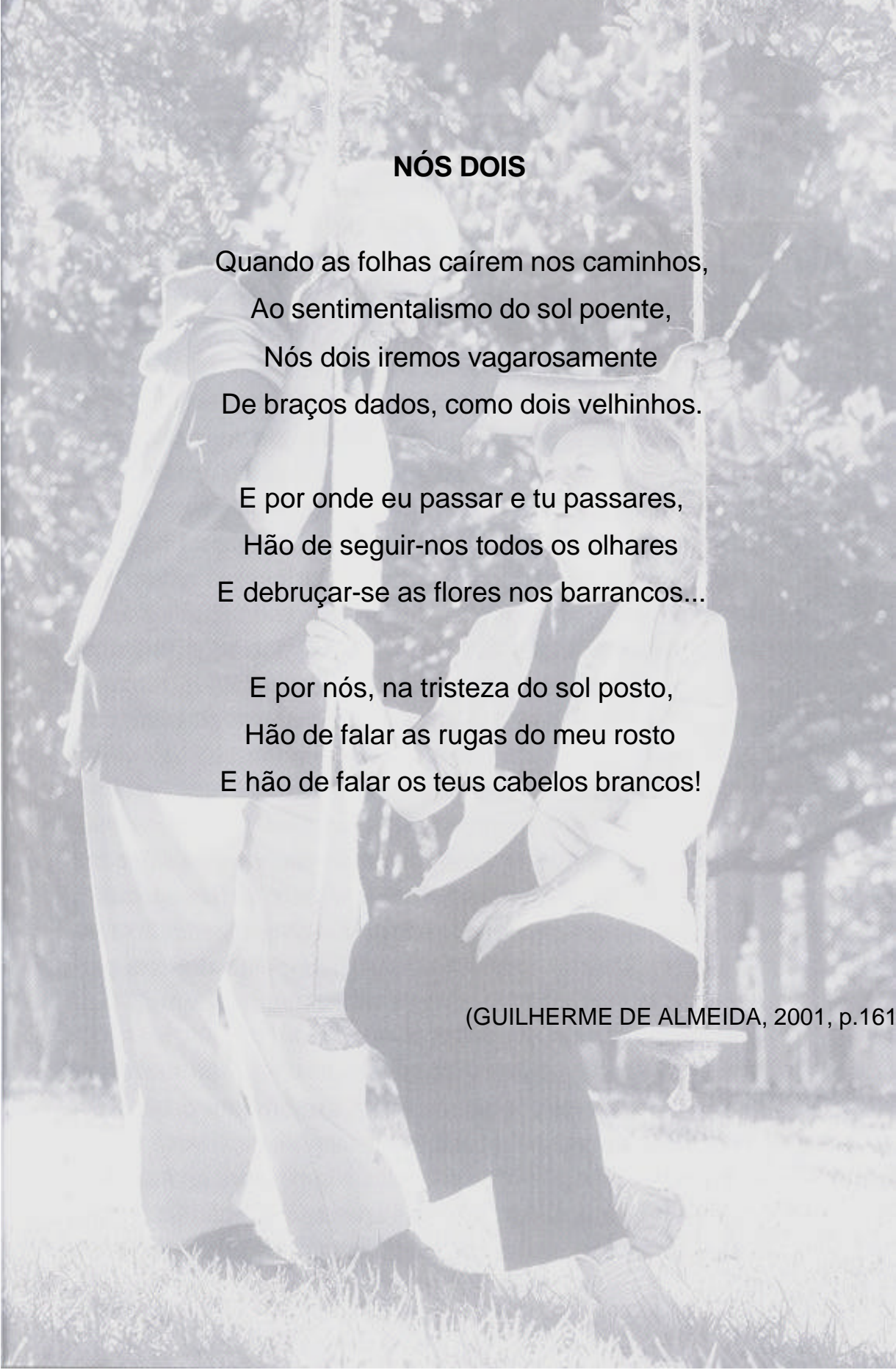
BANCA EXAMINADORA:

Dr.(a) _____
Silvana Sidney Costa Santos (FURG)

Dr.(a) _____
Celmira Lange (UFPEl)

Dr.(a) _____
Marlene Teda Pelzer (FURG)

Dr.(a) _____
Maria Cristina Flores Soares (FURG)



NÓS DOIS

Quando as folhas caírem nos caminhos,
Ao sentimentalismo do sol poente,
Nós dois iremos vagarosamente
De braços dados, como dois velhinhos.

E por onde eu passar e tu passares,
Hão de seguir-nos todos os olhares
E debruçar-se as flores nos barrancos...

E por nós, na tristeza do sol posto,
Hão de falar as rugas do meu rosto
E hão de falar os teus cabelos brancos!

(GUILHERME DE ALMEIDA, 2001, p.161)

TEMPO PARA TUDO

Tudo neste mundo tem seu tempo;
cada coisa tem sua ocasião.

Há tempo de nascer e tempo de morrer;
tempo de plantar e tempo de arrancar;
tempo de matar e tempo de curar;
tempo de derrubar e tempo de construir.

Há tempo de ficar triste e tempo de se alegrar;
tempo de chorar e tempo de dançar;
tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntá-las;
tempo de abraçar e tempo de afastar.

Há tempo de procurar e tempo de perder;
tempo de economizar e tempo de desperdiçar;
tempo de rasgar e tempo de remendar;
tempo de ficar calado e tempo de falar.

Há tempo de amar e tempo de odiar;
tempo de guerra e tempo de paz

(Eclesiastes 3, 1-8)

A você Marco, pelo incentivo, apoio, por ser mais que
um amigo, o **AMOR** de minha vida!!!

AGRADECIMENTOS

É maravilhoso quando chegamos na hora de agradecer...

Em primeiro lugar a **DEUS**, pela sabedoria e oportunidade na realização deste curso. Agradeço por estar presente a cada momento em minha vida, sendo meu amigo e Pai.

A uma grande amiga, que sempre tem orgulho e ama, você MÃE!

A toda minha família, vocês são muito especiais em minha vida.

À minha orientadora Silvana Sidney Costa Santos, pela brilhante sabedoria, paciência, ensino e dedicação, durante a concretização do Mestrado. Você foi maravilhosa!

Aos professores do Mestrado pelos ensinamentos e amizade.

Aos colegas que foram maravilhosos, companheiros e amigos. Vou sentir saudades de TODOS vocês!

A Márcia Poll, Fernanda Teixeira e Michele Bulhosa, que foram mais que amigas.

A todos os componentes do Grupo de Pesquisa do GEP/GERON, em especial Ariane Felicianni, Bárbara Tarouco, Édison Barlen e Juliana Fontela pela ajuda, compreensão e amizade. Contem sempre comigo!

As professoras da banca de sustentação da dissertação, em especial a Maria Cristina Flores Soares pela ajuda e colaboração.

Aos idosos, que, mais que participar da pesquisa, me ensinaram que a vida só tem significado quando vivida e se tem histórias para contar.

À administração e funcionários do Asylo de Pobres.

Aos amigos que me apoiaram e torceram por mim.

Enfim, a todos, MUITO OBRIGADA!!

RESUMO

TIER, Cenir Gonçalves. Depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde. 110f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Este estudo teve como objetivos: identificar a depressão; propor ações de enfermagem e de saúde que poderão ser realizadas para minimização e/ou prevenção de sinais e sintomas de depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP). Foi realizada uma pesquisa, com abordagem qualitativa do tipo convergente-assistencial, tendo como local o Asylo de Pobres da cidade de Rio Grande, RS. Os sujeitos do estudo totalizaram 55 idosos. Foram utilizados três instrumentos de coleta dos dados. Para o primeiro e segundo instrumentos, empregaram-se as técnicas de entrevista estruturada, para o terceiro a entrevista não-estruturada. Os resultados do primeiro e segundo instrumentos encontram-se apresentados graficamente. Com base no segundo instrumento, realizou-se o somatório das características predominantes, a partir da Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage. Para o terceiro instrumento, foi utilizado o direcionamento da pesquisa convergente-assistencial, onde as percepções foram codificadas até se estabelecer categorias e/ou temas. A aplicação dos instrumentos efetivou-se após aprovação do projeto pelo CEPAS, seguindo as orientações da Resolução 196/96. Obteve-se, como resultados: a idade dos idosos varia entre 60 a 105 anos, predominado o sexo feminino, viúvos seguidos por solteiros, nascidos em Rio Grande e aposentados. Vinte idosos apresentaram depressão e seis deles transtorno afetivo limítrofe. As ações de enfermagem voltaram-se para os diagnósticos de enfermagem de impotência, desesperança, risco para solidão, alteração no processo de pensamento, potencial para o aumento do bem-estar espiritual, revelando que alguns idosos se sentem felizes e satisfeitos com a vida e a institucionalização. As ações de saúde propostas foram: oficina literária – ouvir e contar histórias; atividades físicas; dança; trabalhos manuais; passeios; bingo e oficinas de memória. Percebeu-se que este trabalho tem contribuído para que ocorram algumas mudanças na vida e rotina dos idosos pesquisados. As ações de saúde e enfermagem foram propostas com intuito de ajudar os idosos a melhorar sua saúde física e mental, bem como proporcionar que participassem de algumas atividades de recreação. Desta forma, constata-se, que as atividades implementadas já estão proporcionando aos idosos, alegria, participação e convívio social com outras pessoas.

Palavras-chave: Idoso; Saúde do idoso; Depressão, Envelhecimento.

ABSTRACT

TIER, Cenir Gonçalves. Depression in elderly people who live in a long-term nursing home (LTNH): identification and actions in nursing and health. 110p. Master's Program Thesis in Nursing – Post-graduation Program in Nursing at Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil.

This study aims at identifying depression and at proposing actions in nursing and health that may be carried out to minimize and/or prevent depression signs and symptoms in elderly people who live in a long-term nursing home (LTNH). A convergent-supportive research, which used a qualitative approach, was carried out at the *Asylo de Pobres* in Rio Grande, RS. The subjects were fifty-five elderly people. Three tools were used to collect the data: for the first and the second ones, a structured interview was used; for the third one, a non-structured interview was conducted. The results of the first and second instruments have been graphically presented. Based on the second instrument, a manual counting of predominant characteristics was carried out, according to the Yesavage's Depression Geriatric Scale. The third instrument used the directions of the convergent-supportive research. Perceptions were codified to establish categories and/or themes. The instruments were applied after the project had been approved by CEPAS, an ethics committee, according to Resolution 196/96. The results show that the elderly people's ages range from 60 to 105; most are retired widowed women (some are single), born in Rio Grande. Twenty elderly people had depression and six of them had borderline affective disorders. Actions in nursing were directed towards diagnoses regarding impotence, lack of hope, risk of loneliness, changes in the thinking process, and the potential to increase the spiritual well-being; the actions revealed that some elderly people feel happy and pleased with their lives and the institutionalization. The actions in health were: a literary workshop – listening and telling stories, and related activities -, physical activities; dances, handicrafts; walks; games, such as bingo; and memory workshops. I have noticed that this work has contributed to changes in the lives and routines of the elderly people involved in the research. Actions in health and nursing have been proposed with the objective of helping the elderly people improve their physical and mental health, besides allowing them to take part in some recreational activities. I have noticed that the activities that were implemented have already provided happiness and social contact to these elderly people.

Key words: Elderly people; Elderly people's health; Depression, Aging.

RESUMEN

TIER, Cenir Gonçalves. Depresión en los ancianos residentes en una Institución de Larga Estancia (ILE): Identificación y acciones de enfermería y salud. 110f Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil.

Este estudio tuvo como objetivos: identificar la depresión; proponer acciones de la enfermería y de la salud que podrán ser realizados para minimización y/o prevención de señales e síntomas de depresión en los ancianos residentes en una Institución de Larga Estancia (ILE). Fue realizada una investigación, con abordaje cualitativo del tipo concurrente-asistencial, teniendo como local el Asilo de Pobres de la ciudad de Río Grande, RS. Los sujetos de estudio totalizaran 55 ancianos que atendieran a los criterios de inclusión y concordaron en participar de la investigación. Fueron utilizados tres instrumentos de colecta de datos. Para los primero y segundo instrumentos, se emplearon las técnicas de entrevista estructurada, para la tercera de entrevista no-estructurada. Los resultados del primero y segundo instrumentos se encuentran presentados gráficamente a través del programa Excel. Con base en el segundo instrumento, se realizó una cuenta manual de las características predominantes, a partir de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. Para el tercer instrumento, fue utilizado el direccionamiento de la investigación concurrente-asistencial. Las percepciones fueron codificadas hasta establecerse categorías y/o temas. La aplicación de los instrumentos se efectuó después de la aprobación del proyecto CEPAS, siguiendo las orientaciones de la Resolución 196/96. Se obtuvieron, como resultados: la edad de los ancianos entre 60 a 105 años, siendo predominante el sexo femenino, viudos seguidos por solteros, nacidos en Río Grande y jubilados. Veinte ancianos presentaron depresión y seis de ellos trastornos afectivos limítrofes. Las acciones de la enfermería se concentraron para los diagnósticos de la impotencia, desesperanza, riesgo para la soledad, alteración en el proceso de pensamiento, potencial para el aumento del bienestar espiritual, revelando que algunos ancianos se sienten felices y satisfechos con la vida y la institucionalización. Las acciones de salud fueron: oficina literaria – escuchar y contar historias y otras actividades; actividades físicas; danza; trabajos manuales; paseos; bingo y oficinas de memoria. Percibo que este trabajo tenga contribuido para que ocurran algunos cambios en la vida y rutina de los ancianos investigados. Las acciones de la salud y enfermería fueron propuestas con propósito de ayudar a los ancianos para mejorar su salud física y mental, como también de motivar a que participasen de algunas actividades de recreación. De esta forma, constato, que las actividades implementadas ya están proporcionando a los ancianos, alegría y participación y convivencia social con otras personas.

Palabras-Clave: Anciano; Salud del Anciano; Depresión, Envejecimiento.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição de idosos segundo a variação das idades e sexo. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	38
Gráfico 2. Procedência de idosos pesquisados do Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	39
Gráfico 3. Total de idosos conforme a situação conjugal. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	40
Gráfico 4. Situação econômica atual relacionada com a profissão anterior. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	41
Gráfico 5. Pessoa que trouxe o idoso à ILP pesquisada. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	42
Gráfico 6. Opinião dos idosos, quanto a gostar de residir na ILP pesquisada. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	43
Gráfico 7. Participação dos idosos em diferentes atividades. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	44
Gráfico 8. Expectativa dos idosos enquanto envelhecem. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	45
Gráfico 9. Distribuição de idosos segundo as idades que gostariam de ter. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	47
Gráfico 10. Justificativa dos idosos em relação à idade que gostariam de ter. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	48
Gráfico 11. Comparação realizada pelos idosos de sua saúde em relação à saúde de outros idosos. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	50
Gráfico 12. Atividades de lazer realizadas pelos idosos. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	51
Gráfico 13. Motivos pelos quais os idosos não realizam atividades de lazer. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	52
Gráfico 14. Distribuição dos idosos segundo o sexo e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	53
Gráfico 15. Distribuição dos idosos segundo a idade e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.....	54

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Aproximação à temática.....	01
1.2 Justificativa e Objetivos do estudo.....	03
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	08
2.1 Principais conceitos relacionados.....	08
2.1.1 Gerontologia.....	08
2.1.2 Idoso.....	10
2.1.3 Envelhecimento.....	11
2.1.4 Velhice.....	14
2.2 Depressão no idoso e avaliação pela enfermeira.....	15
2.3 Instituição de Longa Permanência (ILP): definições e ações desenvolvidas....	25
3. CAMINHO METODOLÓGICO.....	31
3.1 Tipo de pesquisa.....	32
3.2 Local da pesquisa.....	32
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	33
3.4 Aspectos éticos.....	34
3.5 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	35
3.6 Análise e interpretação dos dados.....	36
4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	38
4.1 Características demográficas e sociais dos idosos investigados.....	38
4.2 Propostas de ação de enfermagem.....	53
4.2.1 Características identificadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	53
4.2.2 Diagnósticos de enfermagem identificados.....	57
4.3 Propostas de ações de saúde.....	62
4.3.1 Oficina literária: ouvir e contar histórias.....	62
4.3.2 Atividades físicas.....	65
4.3.3 Dança.....	68
4.3.4 Trabalhos manuais.....	69
4.3.5 Passeios.....	70
4.3.6 Participação em grupos de terceira idade.....	71
4.3.7 Bingo.....	72
4.3.8 Oficina de memória.....	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
6. REFERÊNCIAS.....	83
7. APÊNDICES	
A. Termo de consentimento livre e esclarecido	
B. Guia de entrevista	
8. ANEXOS	
A Formulário de Coleta de dados	
B Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	
C Parecer do CEPAS	
D. Figuras com exercícios para idosos	

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aproximação à Temática

Sempre me preocupei com o cuidado humano e escolhi a Enfermagem, considerando essa ser a profissão do cuidado, capaz de compreender muitas das necessidades do outro e de responder a elas de forma satisfatória. Durante algum tempo ia, aos sábados, realizar visitas em Instituições de Longa Permanência (ILP), conhecidas por *asilos* ou por abrigos, lares, casas de repouso, clínicas geriátricas e ancionatos, para levar frutas e bolachas, além é claro, de dar carinho, amor, atenção e ouvir os idosos lá residentes. Durante as visitas, fui percebendo que, além da ausência da família, os idosos, freqüentemente, eram negligenciados em outros aspectos, demonstrados pelas condições precárias em que viviam.

Durante dois anos, pesquisei e desenvolvi estudos sobre a qualidade de vida de idosos residentes em ILP, além de verificar outras questões que se mostravam importantes. Essas ações foram realizadas durante a elaboração de uma pesquisa de iniciação científica intitulada: “Estudo de melhorias na qualidade de vida dos idosos dos asilos de Santo Ângelo”. A pesquisa visava o bem-estar dos idosos, e nela busquei conhecer alguns aspectos relativos aos cuidados com a alimentação dos idosos, à administração dos medicamentos por eles consumidos, ao acompanhamento dos profissionais da área da saúde que lá atuavam e ao estímulo da presença dos familiares na ILP.

Após ter vivenciado a disciplina Enfermagem Aplicada à Saúde do Idoso, também durante a graduação em Enfermagem, senti-me mais preparada para

contribuir com o cuidado ao idoso, pois essa disciplina me proporcionou uma compreensão maior sobre o processo de envelhecimento. Além da parte teórica, a prática realizada nessa disciplina me preparou como pessoa e certamente como futura profissional da área da saúde, mais sensível às questões relacionadas aos idosos, principalmente aos residentes em ILP.

Como não poderia deixar de ser, meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como temática o cuidado ao idoso, porém, dessa vez, enfatizando a questão da concepção deles sobre envelhecimento e saúde. Naquele momento, procurei buscar a concepção/percepção dos idosos institucionalizados sobre aspectos relativos à sua saúde, suas relações com a família e com os profissionais da instituição, além de verificar aspectos que dizem respeito à qualidade de vida, tais como o significado de felicidade e qual a percepção sobre auto-imagem. Verifiquei também como era realizado o cuidado direcionado aos idosos dentro da ILP investigada, entre outros temas.

A partir dessas experiências, surgiu o trabalho: “Refletindo sobre idosos institucionalizados” (TIER et al, 2004), no qual, junto com outros autores, realizei uma reflexão mais ampliada sobre a temática do idoso residente em Instituição de Longa Permanência (ILP).

Percebi que existia um conjunto de vivências semelhantes entre os idosos pesquisados. Há acontecimentos e experiências similares entre as pessoas idosas, como a aposentadoria, a saída dos filhos de casa, problemas com a saúde, a viuvez, a necessidade de residir em uma Instituição de Longa Permanência, entre outros. No entanto, concordo com Debert (1998), quando afirma que a maneira como os idosos contornam essas circunstâncias são diferentes, assim como são as formas e

modos de envelhecer, determinando heterogeneidades no segmento idoso, contrariamente ao mito da velhice.

Assim, pude perceber que, mesmo o envelhecimento sendo um processo universal, a velhice é diferente para cada ser humano e mais diferente ainda para aqueles que residem em Instituição de Longa Permanência (ILP), pois normalmente eles preferem estar em suas casas ou morando com seus familiares. Talvez por conta dessa vontade, de estarem morando em outros locais, alguns se apresentem tristes. Dessa forma, comecei a perceber uma relação entre a presença de tristeza e o fato do idoso estar institucionalizado, sendo esse o objeto do meu estudo de dissertação de Mestrado em Enfermagem, realizado na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

1.2. Justificativa e Objetivos do Estudo

A **justificativa** deste estudo é apresentada por questões que despertaram o meu interesse em desenvolver esta dissertação. Um deles diz respeito ao crescimento da população idosa no mundo e no Brasil. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu lentamente, efetivando-se ao longo de mais de cem anos. Nos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, esse processo ocorreu nos últimos anos do século XX (CAMARANO, 2001)

Estima-se que a população de idosos no Brasil esteja além de 17 milhões de habitantes, ocupando destaque entre as 10 maiores populações de idosos do mundo. Somos, hoje, mais de 184 milhões de brasileiros e cerca de 9,5% desta população tem 60 anos ou mais (IBGE, 2005). Para o ano de 2025, está previsto que o Brasil ocupará o sexto lugar entre os países com o maior quantitativo de idosos (COSTA, 1996). Estudos apontam que a expectativa de vida se eleva cada vez mais, e as projeções demográficas para o ano de 2025 indicam uma população

de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando quase 15% da população total brasileira (IBGE, 2005).

Nesse contexto, foram aprovadas a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994 e o Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996, que dispõem e regulamentam a Política Nacional do Idoso, visando atender melhor essa parcela populacional.

Existem alguns desafios trazidos pelo envelhecimento populacional que são pautados, principalmente, no despreparo dos profissionais e dos serviços de saúde, para atender essa população idosa em crescimento acelerado. Daí a necessidade de capacitação dos profissionais para cuidar desses idosos, a urgência em se estruturar os serviços de saúde para melhor atendê-los e, principalmente, em proporcionar suporte para se pesquisar mais com e sobre eles (SANTOS, 2003).

No Rio Grande do Sul, o aumento da população idosa é muito marcante, pois se verificam melhores condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais, aumentando a expectativa de vida, que, nos tempos atuais, está em torno de 74 anos (RIO GRANDE DO SUL, 1997). No município de Rio Grande, no ano de 2000, os idosos já representavam uma população em evidência, totalizando 20.794 pessoas, pouco menos de 10% da população municipal total (IBGE, 2002).

Em trabalho prévio, TIER et al (2006) estudaram a Política de Saúde do Idoso no Município de Rio Grande, e sua implementação de acordo com o que estabelece a Portaria 1.395/99, que normatiza a Política Nacional de Saúde do Idoso. Verificou-se que existem ações voltadas à promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional: Núcleo Universitário da Terceira Idade (NUTI/FURG); grupos de convivência; programa de apoio ao idoso; assistência às necessidades de saúde do idoso; Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer; apoio a estudos e pesquisas; capacitação de recursos

humanos especializados (FURG) e cursos de sensibilização ao cuidado ao idoso. Mas são ações desarticuladas e limitadas em seus recursos financeiros e humanos.

O envelhecimento populacional brasileiro caracteriza-se pelo acúmulo de incapacidades progressivas nas atividades funcionais e de vida diária, associada às condições sócio-econômicas adversas. O risco de mortalidade é substituído por comorbidades e a manutenção da capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, relevante para o idoso (PEREIRA et al, 2004). Essa é uma situação cuja responsabilidade pertence a todos, sociedade e, principalmente, governo.

Nesse cenário, a longevidade é contraditória, porque, ao mesmo tempo em que significa mais anos de vida, implica também mais prejuízos físicos e psicológicos. Isso pode ser exemplificado com a presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), isolamento ou separação, declínio na posição social e depressão (LANGE, 2005), resultando em acréscimo de anos à vida, e não de vida a esses anos.

A doença no idoso tem significados especiais, trazendo consigo o medo da dependência física, a desesperança em obter melhoras, a impotência diante da situação e a percepção do inexorável destino que se aproxima: a morte. A irreversibilidade de suas fraquezas é, para o idoso, um forte motivo para uma descompensação funcional no plano psicológico (CORRÊA, 1997). Assim, constata-se a importância de um atendimento direcionado e especializado ao idoso que necessite de acompanhamento durante períodos de doenças, sendo essa uma responsabilidade da enfermeira e de sua equipe.

Dentre as alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, destacam-se a lentificação dos movimentos, da marcha, das

funções cognitivas, principalmente quanto à memória, o raciocínio e o cálculo, além de algumas vezes ser verificada a tendência para o isolamento e a introspecção. Porém, algumas dessas modificações podem se agravar e direcionar a uma tristeza profunda e até a uma depressão (STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999).

Estudos recentes identificam, entre as principais características associadas à depressão, variáveis demográficas, tais como idade avançada e pertencer ao sexo feminino, e condições de saúde, como o declínio do estado funcional, doenças crônicas e prejuízo cognitivo, além das condições sociais precárias (LEITE et al, 2006).

O elevado índice de sinais e sintomas depressivos observados, entre as populações idosas que residem em ILP, reflete a importância do diagnóstico e do tratamento da depressão que, muitas vezes, passa despercebida pelos familiares, cuidadores e até mesmo pelos profissionais da saúde envolvidos em seu acompanhamento (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002). Isso ocorre porque existem algumas semelhanças entre as características do envelhecimento fisiológico e sinais e sintomas da depressão.

Diagnosticar depressão no idoso pode ser difícil, porque os sintomas podem não ser espontaneamente relatados, podendo ser diferentes dos encontrados nos adultos mais jovens. No idoso com depressão, por exemplo, o retardo psicomotor, a recusa passiva, apatia e ausência de afeto não estão necessariamente presentes. As preocupações somáticas, como distúrbios do sono, declínio da função sexual e cansaço, são menos úteis, porque esses problemas podem ser comuns entre os idosos sem depressão (WELSH-BOHMER; MORGENLANDER, 2000).

Como nem sempre os sinais e sintomas da depressão ou dos transtornos depressivos são valorizados corretamente, isso faz com que os idosos fiquem sem

diagnóstico e tratamento adequado, causando sofrimento, interferindo na saúde e diminuindo a sua qualidade de vida. Outra dificuldade é que, muitas vezes, as queixas e os sinais apresentados são confundidos com problemas da velhice ou com outras doenças menos incapacitantes, como já colocado. Por outro lado, quanto mais cedo se identificar os sinais e sintomas da depressão e mais rápido for realizado o diagnóstico e tratamento precoce da doença já instalada, mais efetiva será a recuperação, permitindo que o idoso retome a sua vida normal.

O tratamento da depressão no idoso inclui o uso de antidepressivos e psicoterapia, porém a manutenção dos efeitos positivos do tratamento é favorecida pelo exercício de uma nova postura diante da vida (SILVEIRA, 2002).

Vale acrescentar que cabe a enfermeira ter habilidades para: saber identificar sinais e sintomas de depressão no idoso, o mais precocemente possível; estabelecer ações de enfermagem e de saúde para minimizar ou prevenir esses sinais e sintomas; acompanhar o tratamento do idoso com a depressão já instalada, ajudando-o na sua recuperação.

Neste estudo, tenho como objetivos: identificar a depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP); propor ações de enfermagem e de saúde que poderão ser realizadas para minimização e/ou prevenção de sinais e sintomas da depressão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão de literatura se dará em três etapas. Primeiro, faço uma abordagem sobre os principais conceitos que fazem referência geral à temática estudada: gerontologia, idoso, envelhecimento e velhice. A seguir, apresento a depressão no idoso, refletindo sobre as ações da enfermeira. Finalmente, reflito sobre definições e descrevo ações direcionadas aos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP).

2.1. Principais Conceitos Relacionados

2.1.1. Gerontologia

A Gerontologia é uma área em desenvolvimento contínuo que apresenta múltiplas dimensões sobre o envelhecimento, voltada para a longevidade e a qualidade de vida do idoso, com pesquisas pertinentes à área da saúde, ressaltando a independência, estilo de vida, além de abranger áreas como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, entre outras. A Gerontologia abrange pesquisas científicas direcionadas ao envelhecimento humano, com relevância para as múltiplas áreas que se entrelaçam e preenchem espaços até então desconhecidos (CAMACHO, 2002).

O conjunto de disciplinas envolvidas na Gerontologia torna capaz de recombinar, reconstruir, elaborar a síntese dessas disciplinas do conhecimento, incorporando-lhes aquelas elaboradas em sua práxis. Não se trata de redução das ciências a um denominador único, mas da articulação de seus conteúdos,

configurando um estatuto coerente e científico acerca do processo de envelhecimento (SÁ, 1999).

As razões do despertar para mais estudos configuram-se no momento em que, na estrutura populacional, são observados aumentos da expectativa de vida, baixa nas taxas de natalidade e mortalidade, paralelamente a novos modos de produção econômica e social (grau de desenvolvimento do país e as categorias profissionais de onde provêm os aposentados) (FARINASSO, 2004).

Identificam-se na Gerontologia três aspectos: 1) reconhecimento da existência de aspectos biopsicossociais envolvendo o envelhecimento humano; 2) reconhecimento da dimensão social da velhice e sua tradução no discurso como um problema. Ou seja, reconhecimento de que a velhice é algo mais do que o envelhecimento fisiológico de indivíduos e representa, portanto, um problema, não só para o indivíduo e sua família, mas para a sociedade; 3) reconhecimento de que as especificidades dos idosos justificam um tratamento diferenciado em relação às demandas de outros grupos sociais e, portanto, exigem uma *especialização* que substitua as práticas de assistência *leiga* por práticas *profissionais* (LIMA, 1999, grifo do autor).

A Gerontologia é ainda uma ciência jovem, que explora o fenômeno do envelhecimento sob diversos enfoques, a saber: o envelhecimento físico e perda progressiva da capacidade do corpo de se renovar; o envelhecimento psicológico, através das transformações dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e afetivos; o envelhecimento comportamental, que focaliza as expectativas, motivações, auto-imagem, papéis sociais, personalidade e adaptação; e, por último, o contexto social do envelhecimento, que considera a influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A Gerontologia estuda o envelhecimento como processo em seus aspectos biopsicossociais, de forma a tentar manter um bom nível de vida e de funcionamento. Não só retardando o declínio físico ou prolongando a vida, mas levando-a a ser mais significativa, com qualidade e novas expectativas (VIEIRA, 2004), ou seja, sendo responsável pelo atendimento global, multidimensional do idoso.

A Gerontologia se transforma numa área com um amplo campo disciplinar e profissional, pois abriga numerosos temas, interesses e questões relacionadas ao idoso, à velhice e ao envelhecimento (PAPALLÉO NETTO, 2002).

2.1.2. Idoso

O conceito de idoso é diferenciado para os países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos. Para os primeiros, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. Já para os segundos, são idosas as pessoas com idade acima de 65 anos (ONU, 1982 apud SANTOS, 2003).

O idoso é definido como:

um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas próprias forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-se em força social e política (SÁ, 2002, p.1120).

O grupo social idoso, mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas. O conceito do

idoso envolve mais do que a simples demarcação de idades limítrofes biológicas e enfrenta, pelo menos, três obstáculos: a heterogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo; a suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e a finalidade social do conceito de idoso (CAMARANO, 1999).

A pessoa idosa necessita ser valorizada, reconhecida como sujeito de sua própria existência, capaz de modificar criativamente sua condição de vida e saúde, fortalecendo novos vínculos afetivos que a acolham e modifiquem o seu próprio caminhar (GONÇALVES et al, 2001). O estigma de que a pessoa idosa é improdutiva e desnecessária precisa ser abandonado, pois essa fase de vida é cheia de surpresas e exemplos para a vida dos outros seres humanos.

2.1.3. Envelhecimento

O envelhecimento é uma parte do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo (VIEIRA, 2004).

Envelhecer pode ser considerado como um processo normal, natural, dinâmico e multidimensional. Concordo com Gonçalves et al. (2001), ao afirmarem que o envelhecimento é vitalício e concebido como um processo cujo início se dá no primeiro segundo de vida de cada ser humano, pois a cada dia, hora, minuto ou segundo nos tornamos diferentes, diferenciados, envelhecidos.

Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso muitas vezes são considerados com referência restrita às modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. Porém, se faz necessário que, com o passar do tempo, sejam processadas mudanças também na forma de pensar, de agir e de sentir dos indivíduos que passam por essa etapa do processo de viver.

Diante dessa visão, o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso (MENDES et al, 2005).

A idade do início das mudanças, seu ritmo, os domínios atingidos e o resultado final sobre o comportamento dependem das características genéticas de cada indivíduo, em interação com seu estilo de vida, condições passadas e atuais de apoio ao desenvolvimento, tais como nível de renda, educação e posição social (LEÃO JUNIOR, 2003).

No processo de envelhecimento ocorrem algumas mudanças. E as pessoas que se encontram nessa fase precisam de um período de ajustamento emocional para se adaptarem às modificações físicas, intelectuais e sociais, para vivenciarem uma velhice saudável, e poderem vislumbrar um envelhecimento saudável.

O envelhecimento, em sua dimensão social, pode apresentar elementos importantes, dentre eles a *solidão*, como estado emocional suscitado pela carência de vínculos afetivos; o *isolamento*, como carência de contatos e de atividades sociais. Esses elementos apontam para o fato de que, em suas comunidades naturais, o idoso pode não mais conseguir estabelecer relações de trocas sociais e afetivas, como se, no interior desses grupos, os desejos e interesses passassem a ser antagônicos, diversos ou excludentes (VIEIRA, 2003, grifo do autor).

O envelhecimento caracteriza-se ainda como um processo heterogêneo. Assim, a história de vida do idoso quase sempre influencia o cuidado de si e a sua qualidade de vida. Além disso, o envelhecimento possui uma dimensão cronológica,

fazendo com que os fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e ideológicos influenciem diretamente a qualidade de vida dos idosos (OLIVEIRA, 1999).

A busca do bem-estar e de um envelhecimento bem-sucedido e saudável dependerá, de início, da própria pessoa, já que demandará engajamento, desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal. Depois, da sociedade e do Estado, cujo dever é propiciar espaços em que resida o cuidado pelo outro, sem superproteção ou subestimação, procurando promover laços socioafetivos capazes de reintegrá-lo ou mantê-lo nos grupos sociais, entre os quais se destaca a família (GONÇALVES et al, 2001).

No processo do envelhecimento podem ocorrer alguns problemas considerados típicos da velhice, denominados os Gigantes da Geriatria ou principais síndromes geriátricas, que são: déficit auditivo, déficit cognitivo, déficit visual, distúrbios do movimento, fragilidade, iatrogenia, imobilidade, incapacidade, incontinência, insônia, instabilidade, quedas e depressão (UnATI, 2004), sendo essa última um dos problemas que trazem sérias incapacidades aos idosos.

O envelhecimento,

como crucial para os seres humanos, personifica-se nos domínios da arte de viver, no modo peculiar de cada um participar na construção da existência. Esta adaptação é profundamente afetada pelas crenças sociais e pelos estereótipos sobre a velhice existentes na sociedade ocidental, que acaba por supervalorizar as perdas, as incapacidades, além da dependência, em detrimento das possibilidades dos ganhos evolutivos e compensatórios na velhice (PY, 1996, p.11).

A variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas.

2.1.4. Velhice

O conceito de velhice refere-se a uma fase do curso de vida com repercussões familiares e sociais, que necessita ser incorporada como mais uma fase de desenvolvimento natural do ser humano.

Nessa fase, ocorrem modificações do corpo, como o aparecimento das rugas e dos cabelos brancos, o andar mais lento, diminuição das capacidades auditiva e visual. Essa deve ser considerada a velhice biologicamente normal, pois evolui progressivamente e prevalece sobre o envelhecimento cronológico (VERAS, 1995).

A velhice, com suas características próprias, em sua estrutura social, coloca-nos como sujeitos e como agentes da saúde para abrir espaços e vivenciar novas experiências, levando-se em consideração que o envelhecimento possui múltiplas dimensões, as quais abrangem questões de ordem social, política, cultural e econômica (DAVIM et al, 2004).

Considera-se a velhice como um fenômeno biológico, já que o organismo do idoso apresenta singularidades; é também um processo psicológico, pois algumas condições dos idosos são somente suas. Nessa fase, ocorre uma modificação na relação do ser humano com o tempo, com o mundo e com sua própria história. Portanto, o idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente sua determinação como uma pessoa idosa (SANTOS, 2003).

A velhice em si não é uma doença. Ela precisa ser compreendida em relação ao transcorrer da vida, com seus ganhos e perdas, com a presença ou a ausência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), tornando possível o desenvolvimento pleno da pessoa, quer com alguma limitação, quer sem (VAROTO et al, 2004).

Considerando velhice e envelhecimento como realidades heterogêneas, Neri e Cachioni (1999) relatam as possíveis variações em sua concepção e vivência, conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias de vida pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros. Ressaltam ainda a importância de compreender tais processos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação com dimensões diversas da vida. Assim, o modo de envelhecer:

depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (NERI; CACHIONI, 1999, p.121).

Diante de todos os aspectos que abrangem o envelhecimento humano e de alguns dos problemas de saúde acarretados por esse processo, compreendo a necessidade de um maior conhecimento sobre a depressão no idoso, parecendo ser este um dos problemas que mais afetam a saúde dos idosos, especialmente os que residem em ILPs.

2.2. Depressão no idoso e avaliação pela enfermeira

A depressão¹ é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem psicológica, biológica e social (GORDILHO, 2002).

¹De acordo com a literatura americana, a depressão também é denominada de transtorno de humor, transtorno depressivo, transtorno afetivo, transtorno mental, transtorno psiquiátrico, entre outras nomenclaturas (BALLONE, 2002). Neste estudo denominarei de depressão.

Também é um processo patológico que se caracteriza por humor deprimido, impossibilidade ou dificuldade de sentir alegria e prazer, lentidão psíquica, falta de interesse, baixa de energia, apatia, pensamentos negativos, dificuldade de concentração, desesperança, sensação de vazio, sentimento de inutilidade, culpa e distorção da realidade. Em algumas situações pode ocorrer agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora e, por fim, idéias suicidas (SILVEIRA, 2002).

A depressão não tem etiologia definida. Fatores genéticos, ambientais e psicossociais podem estar envolvidos. Os sintomas depressivos podem ser desencadeados por outras condições, como doenças cardiovasculares, do sistema endócrino, cérebro-degenerativas e pelo uso diversificado de medicamentos, o que pode ser comum nos idosos. Os fatores de risco para depressão nos idosos incluem antecedentes de depressão pessoal ou familiar, uso abusivo de bebida alcoólica e perdas que ocorrem naturalmente com o processo do envelhecimento, como a morte do cônjuge ou parentes próximos, que abalam o estado de ânimo, a mudança no status econômico, isolamento social, abandono. São fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (LITVOC; BRITO, 2004).

Cabe aos profissionais da saúde, especialmente à enfermeira, diferenciar o processo de envelhecimento fisiológico e sinais e sintomas da depressão, para desta forma propor ações que visem minimizar e/ou prevenir essa doença em idosos.

Os sintomas da depressão que, em geral, estão associados à presença de doenças físicas ou ao uso de medicamentos, são apresentadas no quadro abaixo:

Sintomas do estado de humor	Sintomas Neurovegetativos	Sintomas cognitivos	Sintomas psicóticos
Deprimido/disfórico Irritabilidade Tristeza Desânimo Sentimento de abandono Sentimento de inutilidade Diminuição da auto-estima Retraimento social/solidão Anedonia e desinteresse Idéias autodepreciativas Idéias de morte Tentativas de suicídio	Inapetência Emagrecimento Distúrbio do sono Perda da energia Lentificação psicomotora Inquietação psicomotora Hipocondria Dores inespecíficas	Dificuldade de: Concentração; Memória; Lentificação do raciocínio	Idéias paranóides Delírios de ruína Delírios de morte Alucinações comandando suicídio

Quadro 1 - Sintomas associados à presença de doenças físicas ou ao uso de medicamentos Adaptado de Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física (STELLA et al, 2002).

Para Stoppe Júnior e Louzã Neto (1999), existem diversos fatores envolvidos na etiopatogenia dos transtornos depressivos nos idosos. Os autores ressaltam que esses fatores não atuam isoladamente, sendo os transtornos depressivos a expressão de uma variável de combinação entre eles. Podem ser citados os genéticos (que reduzem com a idade); sexo (maior prevalência no sexo feminino); psicossociais (eventos vitais, suporte social); possíveis fatores neurobiológicos (ritmos biológicos, alterações de estrutura e função cerebrais e neurotransmissores).

Em nosso país, o aumento na expectativa de vida não é acompanhado pela expectativa de boa qualidade de vida. Como a depressão nos idosos, assim como em qualquer pessoa tem origem multifatorial, envolvendo desde o conforto social e

econômico até a saúde física, cresce também a probabilidade de aumento da depressão junto com o crescimento da expectativa de vida (BALLONE, 2005).

A incidência de sintomas depressivos é significativa em indivíduos acima de 60 anos, e mais de três quartos dessa população não é tratada ou recebe tratamento inadequado. A depressão pode ser percebida como um exemplo de distúrbio que precisa ser visto de forma integral, sendo um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns do idoso, chegando a constituir-se um problema de saúde pública (VASCONCELOS, 2003).

Em um estudo americano, de 997 indivíduos com mais de 65 anos, foram encontrados 14,7% com sintomas depressivos. Dentre eles, 3,7% apresentaram depressão do tipo maior, e 11% receberam o diagnóstico de disforia senil. Entre esses últimos, em 6,5%, o estado depressivo estava ligado a outros problemas do idoso (BLAZER; WILLIANS, 1980).

Apesar de aumentar de forma relevante com a idade (CARVALHO; FERNANDEZ, 2002), a depressão não faz parte do processo fisiológico do envelhecimento, pois esse é um processo em que o indivíduo pode gozar de perfeita saúde mental e física. No entanto, mudanças no modo de vida do idoso podem ocasionar situações de estresse desencadeadoras dessa doença.

Como a depressão se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas, faz-se necessário distingui-la do estado afetivo de tristeza, que, por si só, não constitui a doença (VASCONCELOS, 2003). Por isso, não se deve confundir estado passageiro de melancolia com a verdadeira depressão, especialmente em idosos.

A enfermeira, no desempenho de suas atividades, deverá realizar uma avaliação das respostas e comportamento do idoso, para que as decisões sejam tomadas em conformidade com a sua situação de saúde (VASCONCELOS, 2003).

Considero que essas atividades devem ser realizadas pela enfermeira através de aquisição de conhecimentos e habilidades, para que, quando identificada a depressão, ações sejam propostas e implementadas com intuito de prevenção e/ou minimização dessa doença.

Para Camon (2001), a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções. Desse modo, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Ainda, segundo o autor, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da auto-estima, o suicídio como proposta, expressam, entre outros sinais, a dor do deprimido.

É possível encontrar todos os tipos de depressão entre os idosos, desde a recorrência da depressão bipolar², depressão maior crônica³, distúrbio distímico⁴ agravado pelas condições de vida, distúrbios de ajustamento a outros transtornos orgânicos. Dentro desse contexto, é imprescindível que os profissionais da saúde, especialmente as enfermeiras, estejam mais atentos, mais sensíveis às queixas dos idosos, às suas atitudes diante da vida, como forma de ajudá-los a recuperar a sua saúde.

²Consiste de depressão com terríveis "baixas" com inexplicáveis "altos". Alguns especialistas acreditam que esse estado é devido ao desequilíbrio de substâncias químicas cerebrais. Medicamentos podem corrigir este desbalanceamento, em 80% dos casos (BALLONE, 2005)

³Caracteriza-se pela combinação de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento que incapacitam o indivíduo para realizar suas atividades profissionais, acadêmicas, de lazer, além de trazer alterações no apetite e sono (BALLONE, 2005).

⁴Doença do humor, porém ocorrendo de uma forma crônica, com a persistência de tristeza por longo tempo (pelo menos dois anos), durando a maior parte do dia, na maioria dos dias (BALLONE, 2005).

Existe uma tendência em atribuir os sintomas depressivos ao próprio processo de envelhecimento, e não a uma situação existencial que está levando o indivíduo a essa doença. As alterações das funções biológicas ou sinais vegetativos incluem distúrbio no sono, alteração no apetite, entre outros, já relacionados no quadro acima, e podem fazer com que o idoso se sinta deprimido, apresentando-se extremamente ansioso, preocupado com os sintomas físicos (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 1994).

É necessário que a enfermeira, seja pelo tempo de permanência ao lado do idoso, ou pela confiança que se estabelece pela própria natureza profissional – o cuidar – reconheça se o idoso se encontra deprimido e colabore na manutenção ou na recuperação da saúde mental, a partir de ações que privilegiem a promoção da saúde desse idoso.

A depressão representa o quadro psicogeriátrico mais comum, trazendo intenso sofrimento ao indivíduo. Atinge pessoas de qualquer idade, porém os idosos são os mais vulneráveis. Possivelmente isto ocorra pelos limites e perdas, sobretudo em contextos sociais desfavoráveis (SILVEIRA, 2002), a exemplo o fato de residir em uma ILP.

A prevalência da depressão é dez vezes mais alta em idosos institucionalizados e em lugares onde doenças de comorbidades físicas são mais comuns. Pela ocorrência de muitas doenças físicas, de problemas sociais e econômicos nos idosos, de necessidades de cuidados individuais de saúde, os profissionais freqüentemente concluem que a depressão é uma conseqüência normal das perdas de autonomia ou habilidades funcionais, luto ou perdas financeiras, mudanças ou institucionalização (TAFARO et al, 2002). Esses fatores precisam ser refletidos e avaliados de maneira mais individualizada pelos

profissionais que trabalham em ILPIs, considerando que cada idoso reage de uma forma às circunstâncias impostas à sua vida, e que, das mais variadas situações, pode emergir a depressão.

Estudos epidemiológicos têm encontrado que vários aspectos da atividade funcional em pessoas idosas estão associados com sintomas depressivos (LAMPINEN; HEIKKINEN, 2003). Estudos recentes têm demonstrado que um baixo nível de atividade tende a aumentar os riscos de sintomas depressivos entre pessoas idosas (ARENT et al, 2000).

O que se sabe é que diversas situações podem ocasionar a depressão, e que o diagnóstico preventivo é importante, principalmente, para evitar que se instale um quadro agudo. Para Ballone (2002), uma vez diagnosticada, o tratamento deve basear-se nos aspectos biológicos e psicossociais.

O tratamento da depressão tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por essa enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral da pessoa e garantir-lhe melhor qualidade de vida. O tratamento da depressão, como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada (STELLA et al, 2002).

Vallillo (2003) refere que a inserção dos idosos em alguma atividade social ou em algo que lhes proporcione prazer é uma sugestão no tratamento da depressão. Na concepção de Moraes e Duarte (2002), não basta apenas introduzi-los em atividades, mas elas devem ser providas de algum sentido para os idosos.

Muitas vezes, os indivíduos deprimidos não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbi-mortalidade associada à depressão pode ser, em boa parte, prevenida em torno de 70% com o tratamento

correto (DOCHERTY, 1997) e através da aplicação de uma escala global para rastreamento de várias doenças.

Considerando que a depressão na velhice, freqüentemente, manifesta-se de maneira atípica, o que dificulta seu reconhecimento, faz-se necessário pesquisar a depressão em idosos residentes em ILPIs, através de instrumentos utilizados para esse fim.

O uso de instrumentos estruturados para rastreamento e busca ativa de sinais e sintomas depressivos em idosos ajudam a diminuir tais problemas, além de permitir sua prevenção e terapêutica adequada, devolvendo ao idoso a alegria de viver (PASCHOAL, 2002).

A indicação ou o diagnóstico da depressão é realizado pela história clínica, avaliação da presença e tempo de permanência dos sinais e sintomas descritos anteriormente, além da aplicação de escalas específicas. Existem diversas escalas que contribuem na avaliação das questões afetivas e que são utilizadas na avaliação multidimensional do idoso, entre as quais destaco a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, a Escala de Depressão Abreviada de Zung e o Inventário de Beck.

No entanto, nenhuma das escalas citadas acima foi especificamente desenvolvida para a população idosa. A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, habitualmente utilizada para rastreamento de depressão em população de idosos, é de fácil aplicação, em sua versão com 30 perguntas. Uma recente revisão sistemática, realizada por Watson e Michael (2002), evidenciou um bom resultado da aplicação desse instrumento em pessoas idosas.

As escalas de avaliação da depressão servem como recurso necessário e bem-vindo ao processo de investigação sobre a depressão em idosos, pois a

avaliação dos sintomas é de fato muito importante, tanto na fase do diagnóstico em si, como no acompanhamento e na mensuração mais objetiva das intervenções terapêuticas instituídas no processo (GORDILHO, 2002).

Ações de enfermagem com propostas direcionadas através das características que mais se sobressaíram, para ajudar a minimizar e/ou recuperar sua saúde mental, também têm se mostrado efetivas.

Nesse sentido, cito alguns estudos, inclusive realizados por enfermeiras e/ou outros profissionais da saúde sobre a temática. Vasconcelos (2003) utilizou uma abordagem baseada na visão holística ou holográfica do cuidado integral humanizado para indivíduos idosos em depressão, incluindo o uso dos Florais de Bach. A autora conclui, referindo que os resultados do seu estudo podem contribuir como um referencial para um modelo em outras doenças, desde que sejam bem identificadas as causas, podendo ser implementado, em nível ambulatorial, tanto nos serviços públicos como nos privados.

Andrade et al (2005) buscaram identificar a presença de depressão em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência (ILP), propondo ações de enfermagem direcionadas à minimização e/ou prevenção da depressão. Referiram que outros trabalhos nessa linha são necessários, para elaborar propostas de ações conjuntas com áreas que se fazem necessárias ao trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com o idoso, para que, através de dados e conhecimentos científicos, se possa implementar de maneira eficaz as ações pertinentes.

Gazalle (2002) buscou determinar a média e os fatores associados à presença de sintomas depressivos em idosos no Sul do Brasil, utilizando um instrumento com oito questões, simples e com foco em atenção primária. Ele aponta que os resultados dessa investigação podem sugerir que maior atenção à detecção

e tratamento de sintomas depressivos em idosos deve ser dada, considerando-se a alta freqüência dos sintomas estudados na amostra.

Leite et al (2006) buscaram identificar a presença de depressão em idosos que freqüentaram o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Referem que a presença de depressão na população estudada aponta para a importância do planejamento, por parte do Programa, de ações direcionadas à saúde de seus participantes, em particular os transtornos mentais relativos à depressão.

Características do envelhecimento, como diminuição da necessidade do sono, da energia e do apetite, podem levar profissionais de saúde ou familiares a não valorizarem esses sinais como sintomas depressivos (LITVOC; BRITO, 2004). Dessa forma, torna-se necessário se capacitarem os profissionais de saúde, a partir de suas formações, para saber diferenciar as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e os sinais e sintomas da depressão.

A enfermeira deve atuar junto ao idoso, tendo como base que, na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as DCNT mais freqüentes que levam à probabilidade de desenvolver incapacidade funcional. É importante que as ações sejam voltadas para o retorno da capacidade funcional, com intuito de ajudá-lo, para que volte a realizar suas atividades e alcance o bem-estar.

Sem dúvida, compreensão é a chave. Quanto mais a enfermeira e os demais profissionais da saúde conhecerem sobre a depressão, mais bem preparados estarão para oferecer apoio na hora em que o idoso necessitar. Aprender mais detidamente sobre tratamentos eficazes da depressão também ajudará a incentivar o idoso deprimido a aderir ao plano de tratamento estabelecido.

Reflieto agora acerca da Instituição de Longa Permanência, visto ser nesse local que se encontra uma parcela da população idosa e deprimida, a qual carece de profissionais capazes de proporcionar cuidados mais direcionados às suas necessidades.

2.3. Instituição de Longa Permanência (ILP): definições e ações desenvolvidas

Com o aumento da expectativa de vida, a Instituição de Longa Permanência (ILP), destinada a prestar assistência aos idosos, torna-se cada vez mais necessária. Além disso, fatores como perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, ausência da família para prestar-lhes assistência e insuficiência de aporte financeiro do idoso e/ou de seus familiares, moradias com espaços físicos reduzidos e com estruturas com riscos para quedas também são apontadas, tornando essas instituições cada vez mais solicitadas. Porém algumas destas situações não são adequadamente resolvidas para os idosos que residem nesses locais, pois, em geral, a Instituição de Longa Permanência não segue as normas técnicas estabelecidas para seu funcionamento, definidas na Regulamentação Técnica aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005).

Dados revelam que hoje existem em torno de 19 mil idosos atendidos em Instituição de Longa Permanência. Porém o número poderá ser bem maior, se levarmos em conta que muitas destas ILPs não estão cadastradas, e outras tantas funcionam, efetivamente, na clandestinidade (ROLIM, 2002).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, seção São Paulo, apresentou uma denominação específica para a instituição que assiste ao idoso, que é Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e que compreende:

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 sociais, médicas, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário (SBGG/SP, 2003, p.3).

Neste estudo, escolhi me referir à instituição que assiste aos idosos como sendo Instituição de Longa Permanência (ILP), como já venho apresentando ao longo do texto.

A busca por novos modelos institucionais que propiciem um ambiente e cuidados específicos e que preservem e promovam os direitos fundamentais do idoso, como ser humano, precisam continuar sendo incentivados (PEREIRA et al, 2004).

Dessa forma, algumas instituições estão se empenhando no sentido de se adequar às novas demandas, através de reformas nas suas instalações e contratação de profissionais, apesar da falta de recursos, e ainda assim caminhando com dificuldades e muitas vezes oferecendo uma assistência deficiente (ANDRADE et al, 2005).

De acordo com Galinski (1994), a Organização Pan-Americana de Saúde considera a ILP como última alternativa para o amparo e cuidado ao idoso. Ou seja, é uma opção a ser procurada somente após se esgotarem todas as possibilidades comunitárias. O mesmo é reafirmado pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), que privilegia a sistematização da assistência domiciliar, com ênfase na promoção da saúde, na prevenção de incapacidades e na manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim,

na medida do possível, hospitalizações, institucionalizações e outras formas de segregação e isolamento.

A Lei nº 11.517 (RS, 2000), que institui a Política Estadual do Idoso no Rio Grande do Sul, aponta que o melhor local para cuidar do idoso é a sua casa, junto com a sua família. Porém, nos tempos atuais já começamos a lidar com famílias pequenas, com um único filho, ou famílias cujos membros não têm condições de cuidar de seus idosos, tornando-se necessária a existência da ILP.

A Resolução 02/2000 (CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO, 2000) estabelece algumas diretrizes básicas de política social para o idoso no Estado do Rio Grande do Sul, como: viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio na sociedade; estímulo às atividades que proporcionem sua integração às demais gerações; participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas setoriais e de direitos. A Resolução também se refere ao atendimento ao idoso, em entidades públicas e privadas, prestadoras de serviços, com prioridade para os que estiverem desabrigados e sem família.

As ILPs nasceram como um serviço para abrigar idosos pobres, sem famílias e doentes. Antes da existência dessas instituições, os idosos eram abrigados em asilos de mendicidade, juntamente com os pobres, desempregados, crianças abandonadas e doentes mentais. Muitos desses locais correspondiam a lugares sombrios, malcheirosos. Atualmente, novas e diferentes instituições estão surgindo, cada uma com sua filosofia organizacional. Algumas priorizaram a inclusão de ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito à identidade (ANDRADE et al, 2005).

As ILPs são administradas por instituições filantrópicas, públicas ou privadas, e as que oferecem mais condições de atividades psicossociais aos seus residentes, em geral, são privadas e de alto custo.

Se as instituições para idosos se destinavam à velhice desvalida, hoje, na sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão: cuidar de idosos necessitados de várias modalidades de serviços, em face das perdas funcionais, que tornaram problemática a vida a sós ou com a família (PEREIRA et al, 2004).

As ILPs aparecem, então, como uma opção, e os idosos, quando admitidos em uma ILP, se tornam membros de uma nova comunidade. Geralmente vivenciam uma radical ruptura de seus relacionais afetivos, convivendo cotidianamente com pessoas com quem não possuem quaisquer vínculos afetivos. Independentemente da qualidade da instituição, ocorre normalmente o afastamento da vida anterior.

Muitas dessas instituições, geralmente, funcionam em casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, nas quais não lhes são oferecidos assistência social, cuidados básicos de higiene e boa alimentação. Ademais, esses locais vêm também dificultar as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção da condição de cidadania do idoso (VIEIRA, 2004).

Não sendo, em geral, habilitadas para o cuidado específico direcionado aos idosos, essas ILPs possuem rotinas pré-estabelecidas, normalmente com falta de atividades ocupacionais, físicas e socioculturais para os idosos. Nesses locais, os funcionários assumem o papel de cuidadores e prestam um atendimento assistencialista, com carências no atendimento às necessidades biológicas e psicossociais (BENEDETTI et al, 2001).

Por ser, muitas vezes, portador de múltiplas doenças crônicas, problemas associados e sendo mais fragilizado, o idoso institucionalizado e a entidade que o abriga geralmente não conseguem arcar sozinhos com a complexidade e as dificuldades apresentadas nessa fase da vida (PEREIRA et al, 2004).

As mudanças que questionam os valores existenciais, freqüentemente experimentados pelo idoso, como a perda do cônjuge, a doença e a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica (CORRÊA, 1997). É nesse cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde do idoso, sendo a doença psiquiátrica mais prevalente na população idosa residente em ILPIs (SHMUELY et al., 2001).

Estudos demonstram a ausência de diversos profissionais nas instituições e, ainda, dentre os existentes, uma atuação fundamentada, em grande parte, num modelo biomédico, resultando em assistência protecionista, insensível às potencialidades do idoso, à liberdade de escolha e aumentando o quadro de dependência, isolamento social e falta de perspectivas (BRITO; RAMOS, 2002). Esse fato nos leva a refletir sobre a importância e necessidade da enfermeira em ILPIs, as quais devem voltar-se para um cuidado com qualidade, para que o atendimento aos idosos seja adequado às suas necessidades.

A enfermagem necessita realizar um cuidado individualizado, sempre voltado à real necessidade do idoso. Ter em vista os problemas existentes ou o risco potencial para seu aparecimento que originarão a identificação de diagnósticos de enfermagem, a prescrição e implementação de um plano de cuidados específicos e individualizado, a execução de procedimentos adequados e o acompanhamento da

evolução do idoso, como parte das funções que são indispensáveis na Instituição de Longa Permanência (ACOSTA, 1997).

A enfermeira, sendo conhecedora do processo de envelhecimento e das doenças que podem acometer os idosos, precisa estar atenta para identificá-las e determinar ações voltadas à qualidade da saúde dos idosos. Deve considerar também as necessidades expressas e não expressas dos idosos, tentando manter ao máximo sua autonomia e independência. Nessa preocupação também se insere à depressão.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Aqui descrevo as etapas metodológicas que direcionaram ao alcance dos objetivos propostos. Nelas indico o tipo e local do estudo, sujeitos, instrumentos e técnicas de coleta de dados, os aspectos éticos envolvidos, procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados.

Esta dissertação é parte de um projeto maior, intitulado: “Perfil de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): proposta de ações de Enfermagem/Saúde” (SANTOS, 2005), aprovado pelo Edital Universal/2004 do CNPq. É um projeto que vem sendo desenvolvido atualmente pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontogeriátrica (GEP/GERON/FURG/CNPq), do qual faço parte. Esta inclusão teve o aval da Comissão de Curso de Pós-graduação em Enfermagem/FURG, Mestrado em Enfermagem, realizada no dia 31 de maio de 2005, conforme Ata N.º 9/2005.

Quando decidi trabalhar com a temática relacionada aos idosos deprimidos, residentes em uma Instituição de Longa Permanência, optei por abordar alguns aspectos já definidos pelo grande projeto referido acima, visto a necessidade de estudos sobre esse tema. Ele se tem mostrado bastante importante e necessário, devido ao elevado número de idosos institucionalizados, que demonstram sinais e sintomas de depressão.

Minha inserção nesse projeto se justifica pela necessidade de conhecer as principais características sociais de um grupo de idosos residentes em uma ILP. Dessa forma, procurei adquirir condições para propor ações direcionadas para

amenizar e/ou prevenir sinais e sintomas típicos de transtornos afetivos, podendo contribuir para que os idosos adquiram uma melhor qualidade de vida.

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo convergente-assistencial, a qual mantém, durante todo o seu processo, estreita relação com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Inclui atividades de cuidado aos indivíduos, constituindo-se um método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem, por conduzir ao *pensar o fazer*, como atividade indispensável à reconstrução continuada da prática assistencial das enfermeiras (TRENTINI; PAIM, 1999, grifos do autor).

3.2. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Asylo de Pobres, localizada no centro da cidade do Rio Grande, extremo Sul do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma instituição mista (filantrópica e de fins lucrativos), fundada em 27 de dezembro de 1885, declarada de utilidade pública pela Lei Municipal em 1965, pela Lei Estadual em 1978 e Lei Federal em 1973.

Nessa ILP residem cerca de 80 idosos, que compõem dois grupos. O primeiro é o dos idosos *asilados*, que moram no térreo, dividem onze quartos entre si, sendo distribuídos de quatro a cinco idosos por quarto. Contam com dois banheiros coletivos, um para o sexo feminino e outro para o masculino, localizados no final dos corredores. Esses idosos pagam à ILP com grande parte dos proventos de suas aposentadorias. O segundo grupo é formado pelos *pensionistas*. Alguns deles

ocupam o andar térreo, usam quartos individuais e pequenos, porém com banheiros fora e, portanto, coletivos. Esses idosos pagam um pouco mais a ILP. Outros idosos ocupam o primeiro andar, que tem elevador de acesso, usam um quarto amplo, dividido em dois ambientes, com banheiro inserido, decorado com seus próprios móveis e são os locais de maiores valor cobrado pela ILP.

A ILP foco deste estudo sobrevive com o pagamento dos idosos, venda de papel, reciclado no próprio local, e troca de notas fiscais (a nota solidária), além de doações. Apresenta um quadro de funcionários defasado, com muitos deles afastados por problemas de saúde, tornando-se difícil para a administração conseguir manter a prestação de uma assistência digna aos idosos, apesar de seus esforços.

3.3. Sujeitos da Pesquisa

Foram sujeitos deste estudo 55 idosos, sendo 39 do sexo feminino e dezesseis do sexo masculino, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: condições de interagir com a pesquisadora, de responder os instrumentos de coleta de dados e concordância em participar do estudo. Participaram desse grupo todos idosos *asilados* que se inseriram nos critérios estabelecidos e alguns idosos *pensionistas*.

Quinze idosos não participaram da pesquisa por apresentarem problemas cognitivos. São aqueles em que se inscreve toda a esfera de problemas de funcionamento mental, implicando na inabilidade para pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e falta de capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos (VIEIRA, 2004). Dez idosos

se recusaram a responder o instrumento de avaliação. Essas foram algumas limitações do estudo.

A pesquisa convergente-assistencial não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, isso porque não valoriza o princípio da generalização. O princípio da generalização significa que os resultados de um estudo são válidos para toda a população da qual foi retirada a amostra. Nesse tipo de pesquisa, a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre esses, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo (TRENTINI; PAIM, 1999).

3.4. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS/PROPESC/FURG), sob o número de processo 23116.001321/2005-42 (ANEXO A). Vale salientar que o projeto anteriormente referido tem título diferente desta dissertação, que é: “Perfil de idosos residentes em uma Instituição de Longa permanência: ações de enfermagem/saúde”, como mencionado.

A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi efetivada após o consentimento do diretor da ILP e aprovação do projeto pelo CEPAS, seguindo as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996), que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos idosos em participar da pesquisa, foi assinado para cada idoso, pelo diretor da ILP, como responsável legal pelos idosos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em que foi assegurado o anonimato e autonomia dos idosos participantes, entre outras questões.

3.5. Instrumentos e Técnicas de Coleta de Dados

Com base na literatura na área, foi selecionado um conjunto de instrumentos para a avaliação de depressão em idosos que têm sido referência em diversos estudos atuais.

Foram utilizados três instrumentos de coleta dos dados. O primeiro consta da parte inicial do formulário de Avaliação Multidimensional do Idoso, empregado no Projeto Universal aprovado pelo CNPq, denominado *Identificação do Idoso e Questões Sociais*, que consiste de elementos de identificação e questões sociais pertinentes aos idosos residentes em uma ILP (ANEXO B). O segundo corresponde à quarta parte do mesmo formulário, representada pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (ANEXO C).

O primeiro e segundo instrumentos de coleta dos dados foram aplicados em 55 idosos, sob os critérios de inclusão já colocados.

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage possui duas versões validadas, uma com quinze questões, com ponto de corte cinco, outra consistindo de 30 questões com duas respostas “sim e não”. Pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo (YESAVAGE; BRINK, 1983). Essa escala foi desenvolvida especificamente para idosos, e, deliberadamente, foram incluídos itens que permitissem tornar possível a sua aplicação em indivíduos hospitalizados ou institucionalizados (VIEIRA; KOENIG, 2002). Considere-se que a indicação ou o diagnóstico de depressão é realizado pela história clínica, avaliação da presença e tempo de permanência dos sinais e sintomas descritos anteriormente, além da aplicação de escalas específicas.

Como terceiro instrumento, utilizou-se um guia de entrevista (APÊNDICE B), elaborado para coletar a percepção dos idosos sobre as ações de saúde que eles

gostariam de ver desenvolvidas, como forma de se afastarem de sinais e sintomas da depressão. Também participaram dessa etapa as três técnicas, algumas cuidadoras, além dos integrantes do grupo de pesquisa GEP/GERON. Mostrando a importância de vários *atores* necessários à realização da pesquisa convergente-assistencial. Dessa coleta de dados participaram 37 idosos, dentre os 55 que participaram da etapa anterior, igualmente convidados. Para manter oculta a identidade dos respondentes, utilizei a letra E, que representa a palavra Envelhecimento, com números, para identificar seus depoimentos na apresentação e análise final dos dados obtidos.

Para a coleta dos dados do primeiro e segundo instrumentos foram utilizadas as técnicas de entrevista estruturada, que mantêm o foco do problema a ser resolvido de uma forma dirigida, sendo um tipo de entrevista que adquire detalhes específicos a respeito de determinado aspecto do problema, antes de passar para outros pontos (TURATO, 2003).

Para a coleta dos dados do terceiro instrumento, utilizei a entrevista não-estruturada. Ela é projetada para permitir que o pesquisador discuta o problema a ser resolvido, de modo natural, sendo possível obter a compreensão dos conceitos mais importantes a respeito do domínio e conhecer as estratégias que o pesquisador utiliza para resolver o problema (TURATO, 2003).

3.6. Análise e Interpretação dos Dados

Para a análise dos resultados do primeiro instrumento, utilizei o programa Microsoft Excel for Windows, como forma de dar-lhes uma apresentação por meio de gráficos.

Para a análise dos dados do segundo instrumento, foi realizado o somatório das características presentes nos 55 idosos investigados, a partir da Escala de Depressão de Yesavage. Nessa ocasião, estabeleci os principais diagnósticos de enfermagem, com suas ações mais específicas e direcionadas à prevenção e/ou minimização dos problemas encontrados, fase que denominei de Ações de Enfermagem.

Já para o terceiro instrumento, utilizei o direcionamento da pesquisa convergente-assistencial, captando dos próprios idosos as suas percepções acerca das ações de saúde que melhor os ajudem no afastamento dos sinais e sintomas, implementando conjuntamente as ações de saúde estabelecidas. É importante ressaltar novamente que as três técnicas de enfermagem, algumas cuidadoras e integrantes do GEP-GERON foram ouvidos, quanto a tais ações. A essa fase, denominei de Ações de Saúde.

As percepções coletadas foram codificadas até se estabelecer categorias e/ou temas. Segundo Bardin (1977, p. 117), esse é um processo do tipo estruturalista, que comporta duas etapas: o inventário (o ato de isolar os elementos) e a classificação (a divisão, de forma organizada, dos elementos da mensagem). Trata-se, em síntese, do ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos, segundo as semelhanças. As categorias representam classes que reúnem, sob o mesmo título genérico, um grupo de elementos, também denominados unidades de registro, cujo agrupamento é realizado tendo por base os caracteres comuns desses elementos.

A interpretação se deu a partir da comparação dos resultados com os dados disponíveis em literatura pertinente à temática, e com base na experiência da mestranda e da pesquisadora orientadora.

4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Características Demográficas e Sociais dos Idosos Pesquisados

Fizeram parte desse estudo 55 idosos, sendo 39 do sexo feminino e dezesseis do sexo masculino. Num primeiro momento, apresento por meio de gráficos os dados populacionais e sociais, de forma a facilitar a visualização.

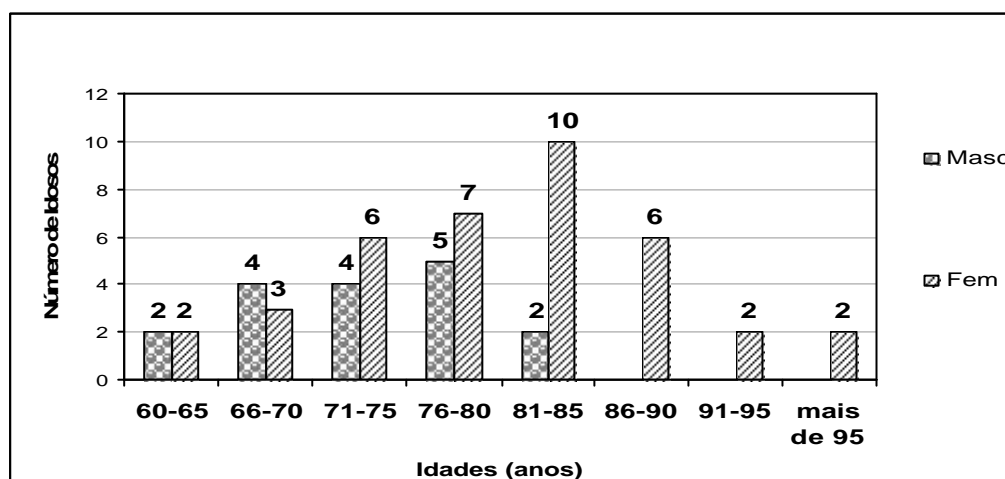


Gráfico 1 - Distribuição dos idosos segundo a variação das idades. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos idosos segundo a variação das idades, e também de sexo, mostrando que o maior número deles pertence ao sexo feminino, com idades variando entre 60 e 105 anos.

Um aspecto importante a ser enfatizado, com relação à população idosa no Brasil, diz respeito à expectativa de vida por sexo. Como bem observa Veras (1995), as mulheres idosas brasileiras são mais numerosas que os homens. À medida que a expectativa de vida vai aumentando, a expectativa de vida diferencial entre homens

e mulheres também se vai ampliando. As mulheres brasileiras vivem mais que os homens, sendo a diferença de 7,2 anos em 1991, passando para 7,8 anos em 2000 (IBGE, 2002).

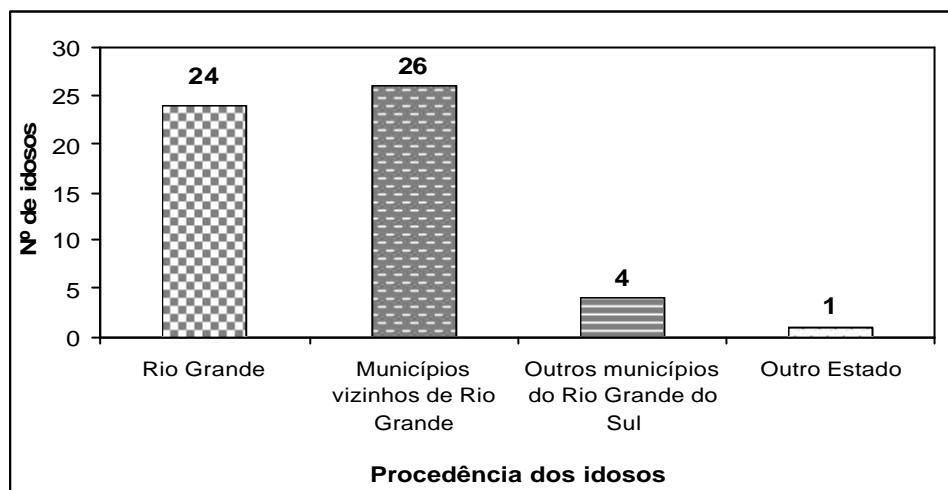


Gráfico 2 - Procedência de idosos pesquisados do Asylo de Pobres, Rio Grande, 2006.

O Gráfico 2 apresenta a procedência dos 55 idosos pesquisados, sendo 24 de Rio Grande; 26 dos municípios vizinhos (Pinheiro Machado, Pelotas, São José do Norte, Bagé, Piratini, Herval, Cerrito Alegre, General Câmara, Ivo Ribeiro, Santa Vitória do Palmar, Mostardas), quatro de outros municípios do Rio Grande do Sul (Santa Maria, Uruguaiana, Novo Hamburgo e Porto Alegre) Uma idosa é originária de outro estado do Brasil (Pernambuco). Ela veio morar com o filho em Rio Grande, mas, devido a alguns problemas, foi conduzida à ILP.

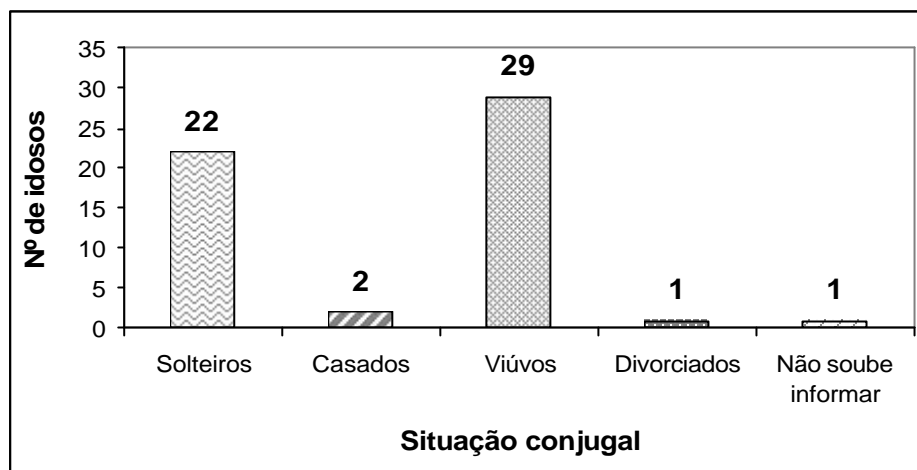


Gráfico 3 - Situação conjugal dos idosos. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 3 apresenta o estado civil dos idosos, a maior distribuição abrangendo 29 viúvos e 22 solteiros, representando 51 dos 55 idosos pesquisados.

Esse fato leva a constatar que, devido a situação de viuvez eles são muitas vezes encaminhados para Instituição de Longa Permanência, por estarem sós e/ou por não terem condições de continuarem a morar sozinhos, após a morte do cônjuge. A condição de solteiros também direciona os idosos à institucionalização, pois quando não mais apresentam condições de residirem sozinhos, e não têm filhos, a institucionalização lhes resta como única solução (ANDRADE et al, 2005).

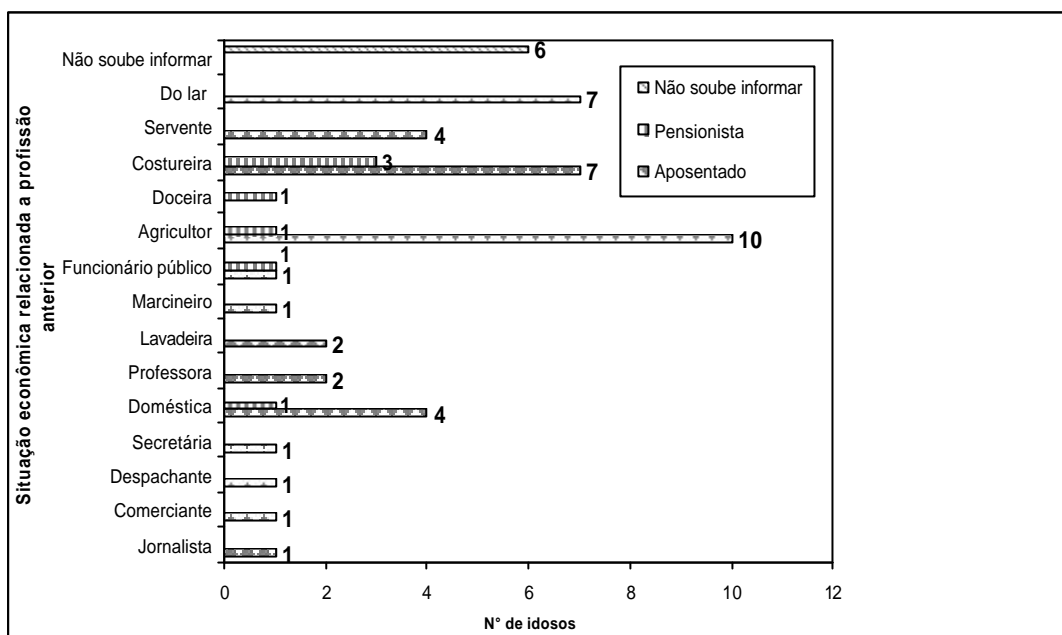


Gráfico 4 - Situação econômica atual relacionada com a profissão anterior. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

Obs: uma idosa da categoria costureira enquadra-se como aposentada e pensionista.

O Gráfico 4 apresenta a situação econômica dos idosos, relacionada com sua profissão anterior. Para 37 dos idosos, sua renda é decorrente da aposentadoria, que é a única fonte de subsistência, permitindo o atendimento mínimo de suas necessidades básicas. Isso significa que eles pagam a sua estadia através do repasse de sua renda à instituição.

Esse fenômeno da aposentadoria reflete a universalização dos benefícios da previdência social na última década, através da Lei Orgânica da Assistência Social (FARINASSO, 2004).

As atividades relacionadas com a agricultura foram referidas por onze idosos e serviços domésticos por cinco idosas, sendo essas referidas como a profissão/ocupação exercida pelos pesquisados no decorrer de suas vidas. Já a ocupação costureira, foram referidas por dez idosas e do lar foram indicadas por

sete idosas. Um dos idosos participantes informou ter exercido atividades com formação de nível superior, a de jornalista.

Observei um sentimento de valorização e satisfação com as atividades que eles desenvolveram mesmo aquelas que implicavam um trabalho árduo e pouco valorizado pela sociedade.

Em relação ao tempo de residência dos idosos na ILP varia, geralmente, de alguns meses a mais de dez anos. Podemos constatar que, dos 55 idosos pesquisados, treze permanecem institucionalizados há mais de dez anos. Sabe-se que, mesmo a ILP atendendo as necessidades assistenciais do idoso, ela não se apresenta como sendo o local adequado para ele, pois alguns idosos se isolam não se considerando mais participantes da sociedade.

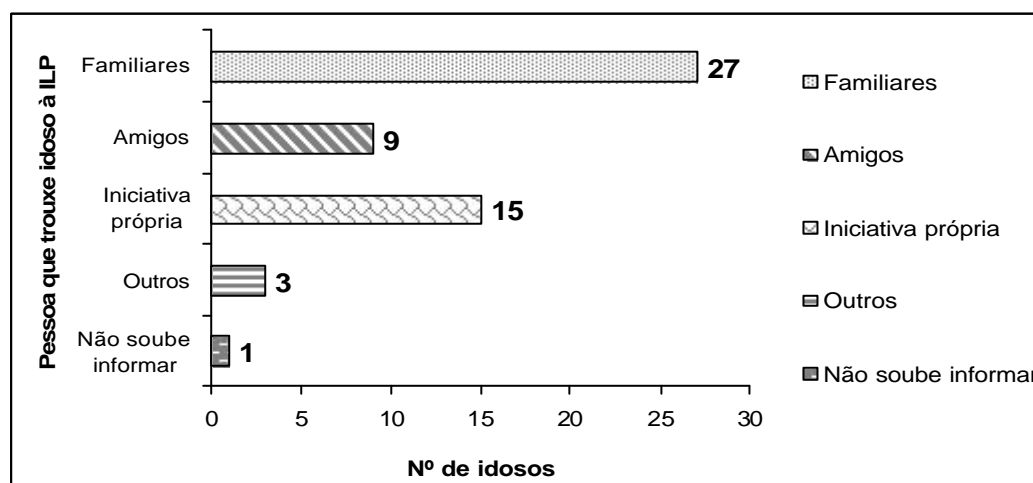


Gráfico 5 - Pessoa que trouxe o idoso à ILP. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 5 apresenta a pessoa que trouxe o idoso à ILP. Dos idosos pesquisados 27 foram conduzidos pelos familiares: filhos (as), netos, ou outro parente. Alguns deles relataram como motivo problemas de saúde ou falta de condições da família para cuidar deles. Quinze idosos ingressaram-se por iniciativa

própria, pois não queriam ficar incomodando a família, ou não queriam mais ficar sozinhos. Nove idosos foram conduzidos à ILP por amigos, pois não tinham familiares, ou estes não estavam mais por perto.

Duarte (1991) verificou a predominância do desejo próprio pela institucionalização, ressaltando que, em geral, são os idosos institucionalizados que optam pela condição de ingresso em ILPIs.

Em uma pesquisa realizada por Prado e Petrilli Filho (2002), os principais motivos da institucionalização de idosos em ILPIs foram: a falta de respaldo familiar relacionado a dificuldades financeiras, distúrbio de comportamento e precariedade nas condições de saúde. Papaléo Netto (2000) defende que, mesmo estando dentro da instituição, para a vida dos idosos o ambiente familiar é fundamental, pois o contato com a família permite que se mantenham próximos ao seu meio natural de vida. Além disso, o contato familiar preserva seu autoconhecimento e valores.

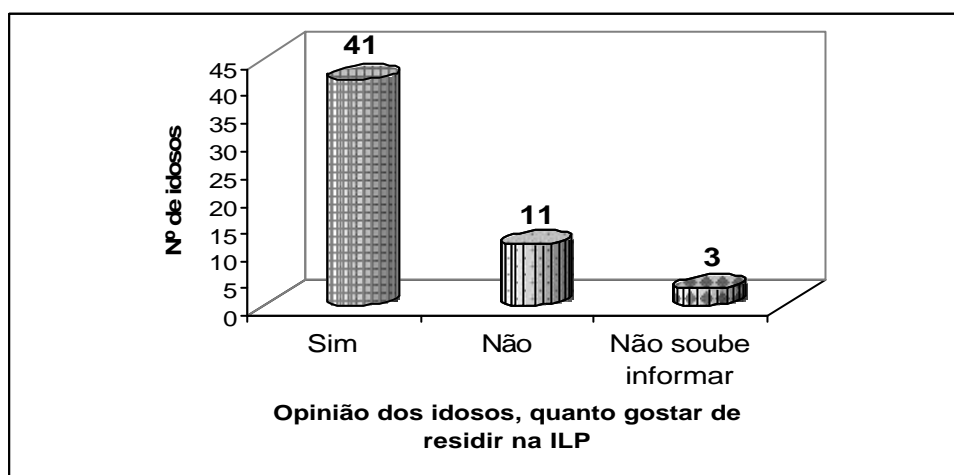


Gráfico 6 - Opinião dos idosos, quanto a gostar de residir na ILP pesquisada. Asylo de Pobres.Rio Grande, 2006.

O Gráfico 6 apresenta a opinião dos idosos, quanto a gostar de residir na ILP. Dos 55 idosos pesquisados, 41 referiram gostar de residir na ILP, onze referiram não gostar e três não souberam responder. Reflito que talvez os idosos se tenham sentido intimidados em responder esta questão e, assim, responderam afirmativo. Ou eles sentem-se mesmo satisfeitos em residir na ILP, levando em consideração que alguns foram para lá por iniciativa própria. E ainda que alguns são felizes porque residem naquela ILP.

Em estudo realizado por Pavarini (1996), constatou-se que 62% dos idosos informaram que não gostariam de estar com seus familiares, indicando gostar da instituição. Deve-se levar em conta que os relacionamentos desses idosos em ILPIs transformam-se num contexto "familiar", e eles encontram proteção tanto dos profissionais como dos companheiros. Ocorre assim uma substituição de elementos, uma vez que a convivência cotidiana familiar de origem torna-se, em geral, esporádica ou ausente.

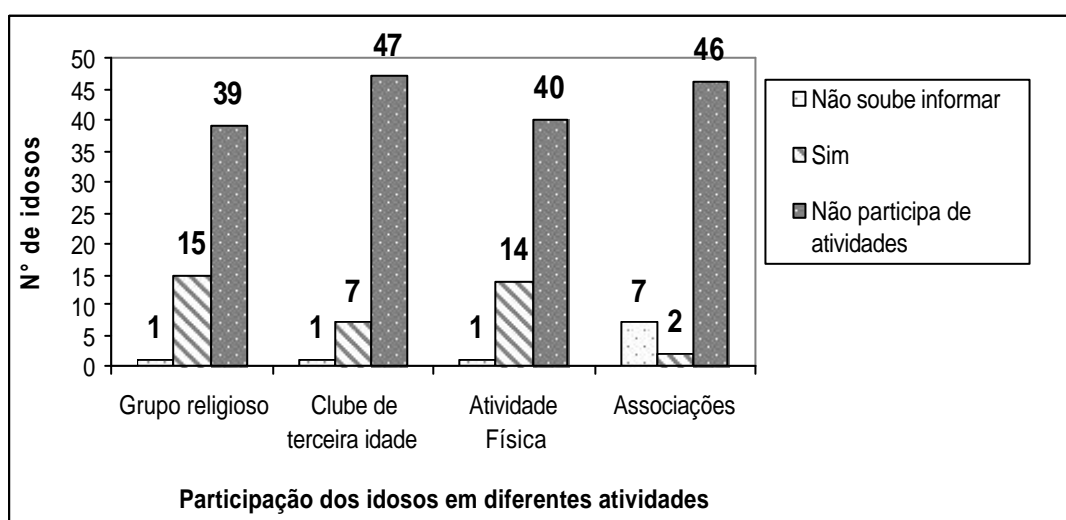


Gráfico 7 - Participação dos idosos em diferentes atividades. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 7 apresenta a participação dos idosos em diferentes atividades. Quinze dos idosos pesquisados referiram participar do grupo religioso. Na ILP investigada, as missas são oferecidas aos idosos de segunda a domingo, das 16h 45 min às 17h 30 min.

Entre os pesquisados, quatorze mencionaram participar das atividades físicas oferecidas como: caminhadas, na parte interna da ILP, e, algumas vezes, na quadra externa da instituição. Já outros idosos consideraram as idas ao supermercado, à farmácia e até mesmo auxílio aos companheiros, como atividade física. Sete idosos referiram participar ou já terem participado de clubes de terceira idade e duas de outras associações, como a Academia Riograndina de Letras.

As atividades sistemáticas, que incluem reuniões sociais, reuniões de grupos afins e a realização de atividades físicas são muito importantes na vida das pessoas, sobretudo dos idosos. Tais atividades lhes trazem vários benefícios, entre os quais: socialização, envelhecimento mais saudável, melhoria da auto-estima, estímulo à criatividade e combate à insônia (PACHECO; SANTOS, 2004. p. 5).

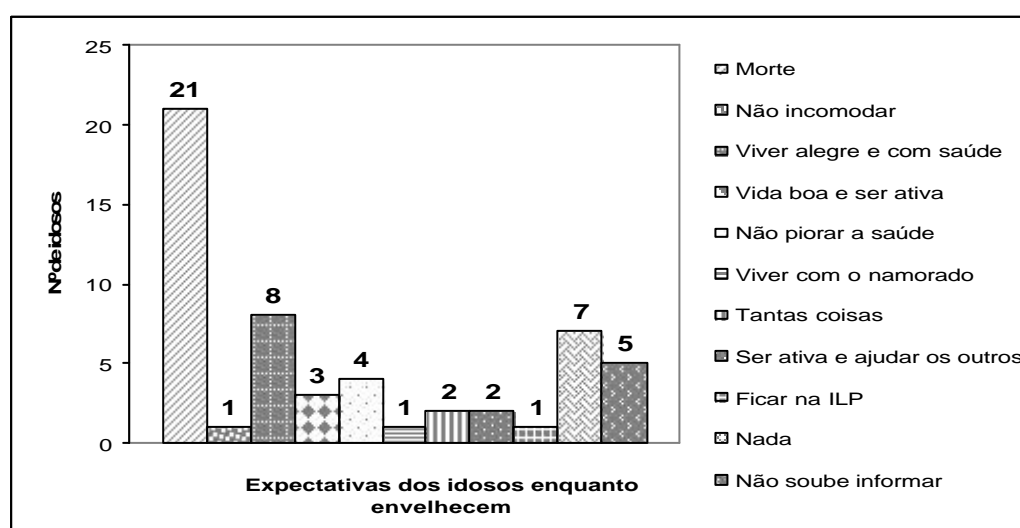


Gráfico 8 - Expectativas dos idosos enquanto envelhecem. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 8 apresenta as expectativas dos idosos enquanto envelhecem. Dos idosos pesquisados, 21 disseram que esperam a morte, destacando nesses relatos que conotam uma imagem negativa de si, da vida, relacionada às perdas, bem como aos limites do corpo com o envelhecimento. Essas imagens também são fundamentadas em um “senso comum” sobre o envelhecimento que coloca o idoso, de acordo com Safons (1999), em uma fase de decrepitude.

Para alguns idosos, estar nessa fase da vida pode estar relacionado com os fatores que trazem marcas do tempo, cansaço e as capacidades físicas que diminuíram com a idade, em que o corpo é considerado um limitante no processo envelhecer (MORAGAS MORAGAS,1997; DEBERT, 1999). Eles não visualizam dias melhores, não possuem novas perspectivas, não se sentem mais úteis para a sociedade, consideram a morte como única alternativa.

Duarte (1998) afirma que a morte, como realidade concreta, nem sempre é temida pelos idosos, que podem encará-la como a libertação de uma vida destituída de significado e amor humano.

Porém, no contexto desta pesquisa, encontram-se oito idosos que demonstraram alegria de viver. Seus planos são imediatos, valorizam e se preocupam com a saúde, com seus relacionamentos, com a vida, de uma maneira geral. Para essas pessoas, o envelhecimento é percebido de uma forma saudável, relatado como algo natural, que faz parte do ciclo vital, podendo significar um prêmio para aqueles que conseguiram alcançar esta etapa.

Considero que, para alguns idosos, o envelhecimento pode ocorrer de uma maneira saudável e com qualidade, independente de onde estejam. Mas isso pode significar uma busca constante de auto-aceitação, satisfação e sentimento de aceitação por todos.

Minayo e Coimbra Junior (2002) asseguram que quando se envelhece existe um desejo de viver o máximo que puder. O desejo é envelhecer sem sofrimento e se acaso houver diminuição das capacidades, espera-se encontrar ajuda e apoio, bem como, adquirir o respeito das outras pessoas.

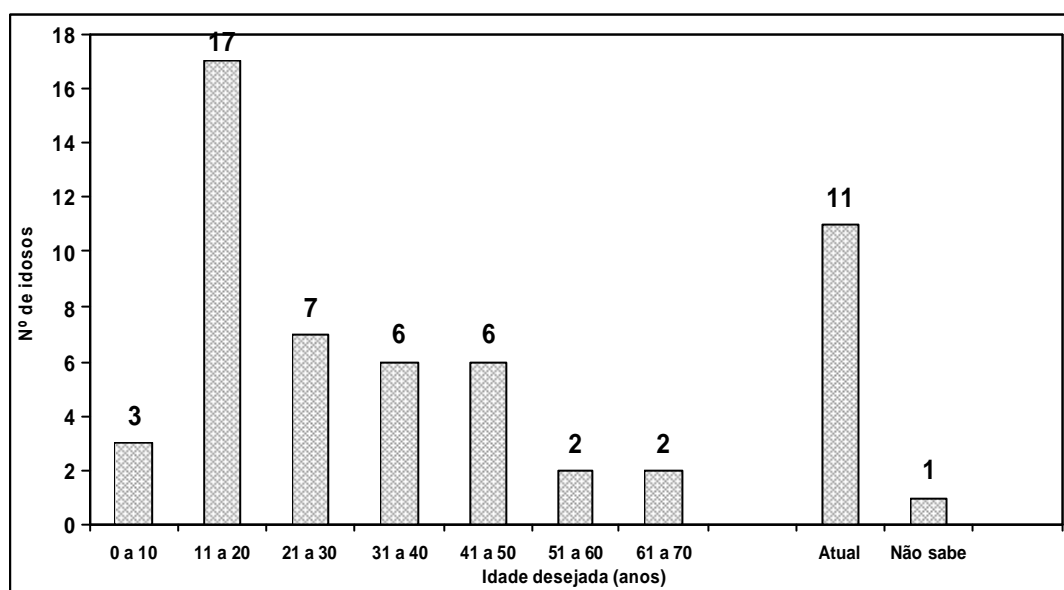


Gráfico 9 - Distribuição de idosos segundo as idades que gostariam de ter. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 9 apresenta a distribuição dos idosos, segundo as idades que gostariam de ter. Dos 55 idosos pesquisados, 23 gostariam de estar em idades que correspondem à infância, adolescência ou a outras fases que lhes trazem boas recordações, revelando a dificuldade de aceitar a velhice. Isto pode estar relacionado em decorrência do processo de envelhecimento, com comprometimento físico, mental ou pela maior ocorrência de Doenças Crônicas Não-transmissíveis, bem como outros problemas que podem surgir nessa fase da vida.

Um diagnóstico de enfermagem nos remete bem ao sentimento de alguns idosos, que é o distúrbio na imagem corporal (CARPENITO, 2001), no qual uma das características definidoras nos mostra como verdadeira a situação dos idosos que se recusam a verificar mudanças positivas. Esse é um fato bem marcante para alguns dos idosos pesquisados, os quais não percebem as suas idades como vantagem ou ponto positivo de vida, mas como algo negativo e conflitante para eles.

A velhice é considerada por alguns como um estigma e como fator de exclusão social, certos idosos recusam-se a aceitar a idade em que se encontram, pois se consideram inúteis, ultrapassados, improdutivo, sem valor para a sociedade.

Featherstone (1994) menciona que é com os olhos da juventude que se percebe a velhice. Ela é vista como um declínio e, sobretudo, sob a impossibilidade de ser positivamente valorizada, na medida em que já se ultrapassou alguns pontos da vida, seja da capacidade produtiva como trabalhador ou do ponto de vista físico e psíquico.

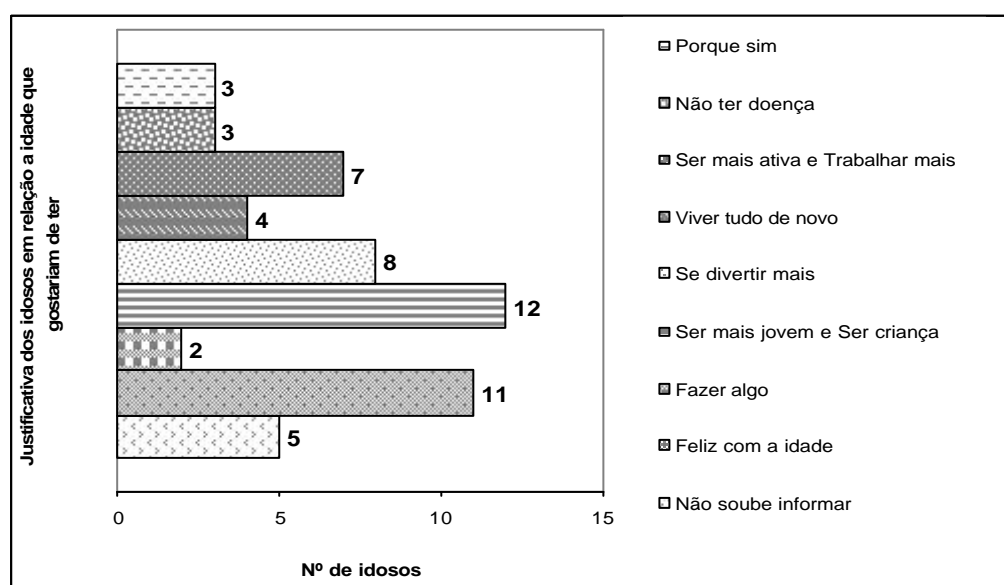


Gráfico 10. - Justificativa dos idosos em relação à idade que gostariam de ter. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 10 apresenta as justificativas dos idosos, em relação à idade que gostariam de ter. Sobre essa questão, doze dos idosos entrevistados mencionaram que gostariam de voltar a ser mais jovens, serem crianças. Ao refletirem sobre os motivos pelos quais não estão satisfeitos com a idade que possuem, alguns idosos poderiam estar demonstrando que não conseguem assimilar as mudanças que ocorrem pelo processo de envelhecimento. São bastante relutantes, quando se trata de entrar para essa nova fase, em que ocorrem perdas bastante visíveis, sendo natural que esses sujeitos tentem, para evitar o sofrimento, negar esse fato (RUSCHEL; CASTRO, 1998). Essas subjetividades não são fáceis de identificar, mas deve-se ter consciência de que, nem sempre, o “sentir-se jovem” revela um bem-estar do idoso para consigo.

Debert (1998) chama atenção para os perigos desse pensamento, no qual a idéia de juventude eterna, incorporada pelos idosos que negam a velhice, pode dificultar a vivência dessa etapa da vida, ao transformar os problemas da idade, doença e morte, em responsabilidade individual.

No entanto, onze dos idosos pesquisados sentem-se felizes com a idade que têm, apresentando imagens bem mais positiva da velhice e do envelhecimento, evidenciando que nem todos consideram o envelhecer um problema, pois estar nessa fase da vida pode ser muito bom e gratificante.

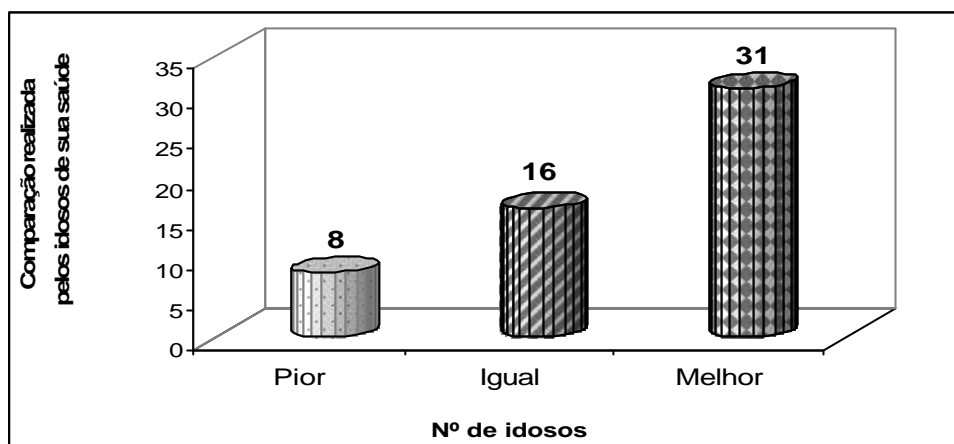


Gráfico 11 - Comparação realizada pelos idosos acerca de sua saúde em relação a saúde de outros idosos. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 11 apresenta a comparação realizada pelos idosos acerca de sua saúde em relação a saúde de outros idosos. Dos 55 idosos pesquisados, 31 deles consideram sua saúde melhor que a dos demais, pois, mesmo que existam alguns problemas que fazem parte do processo de envelhecimento, como: cognitivos, auditivos e visuais, eles percebem que outros idosos estão em situações mais preocupantes, como incapacidade física e mental.

Avaliar a própria vida, para saber se é boa ou ruim, é um processo intrapsíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projeções para o futuro. Os fatores pessoais e ambientais, bem como a saúde e a doença, se relacionam na interpretação do indivíduo, determinando de que maneira e o quanto ele valoriza e se sente satisfeito com sua vida. Essa satisfação irá depender não apenas da sensação de prazer e ausência de sofrimento, mas também terá como contribuições a esperança, visão de futuro, significado, persistência e possibilidades de agir com eficiência (PASCHOAL, 2000).

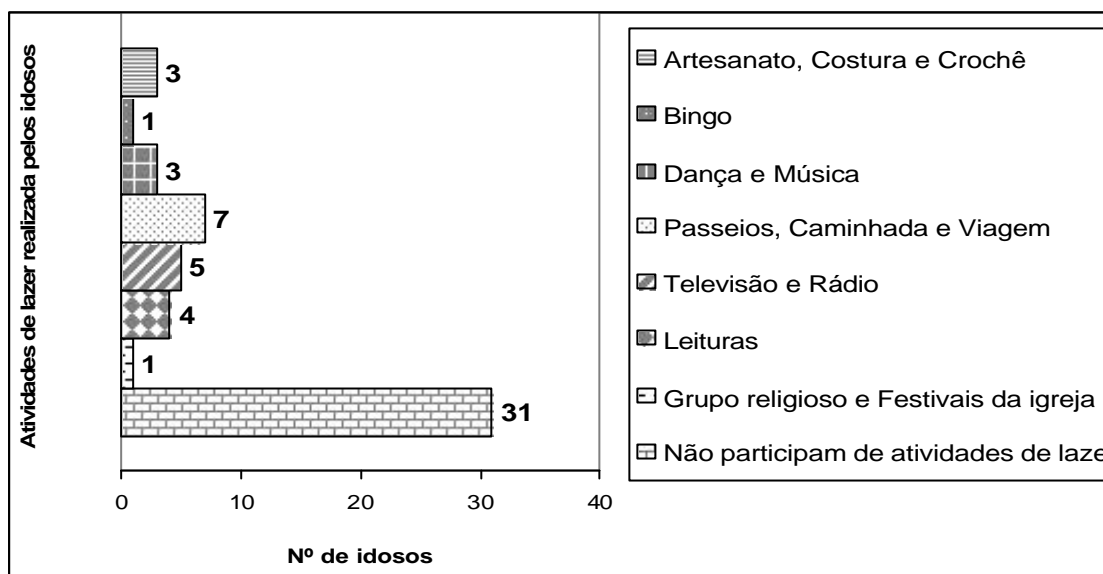


Gráfico 12 - Atividades de lazer realizadas pelos idosos. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 12 apresenta as atividades de lazer realizadas pelos idosos. Além de caminhadas na parte interna e externa da ILP já referidas anteriormente, as de passeios e viagens incluem visitas aos familiares e a lugares onde fazem piquenique.

Doze idosos disseram participar de algum tipo de atividade, considerando como categoria de atividades aquelas menos relacionadas à mobilidade física, como assistir televisão, escutar rádio, realizar leituras, fazer artesanato, costurar e fazer crochê. Alguns dos que referiram não realizar atividade relataram o desejo de serem inseridos em alguma.

Para Diogo (2002), as atividades de lazer contribuem para que os idosos tenham um convívio social e devem ser incentivada, para prevenir a solidão e o isolamento. Essa autora sugere que o tempo do idoso pode ser preenchido com atividades agradáveis, utilizando as aptidões, contribuindo dessa maneira para a melhoria de sua saúde mental e física.

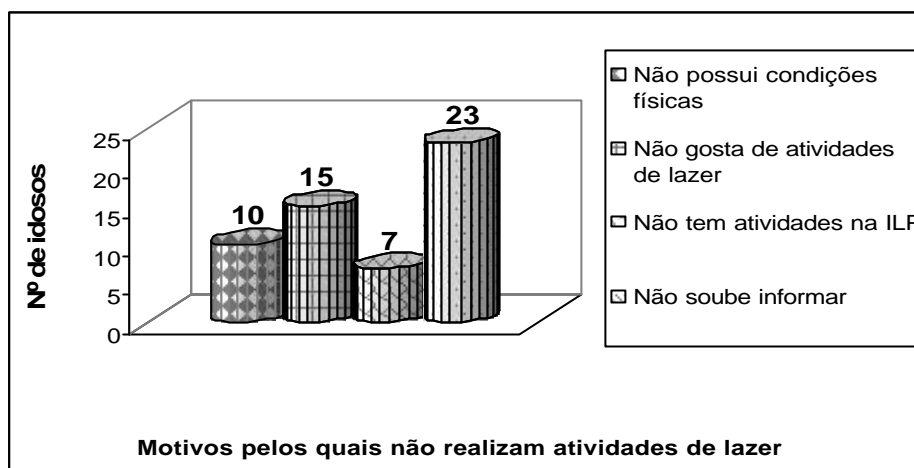


Gráfico 13 - Motivos pelos quais os idosos não realizam atividades de lazer. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 13 apresenta os motivos pelos quais os idosos não realizam atividades de lazer. As respostas foram não gostar de atividades de lazer, referidas por quinze idosos, sobre não possuírem condições físicas para realizar as atividades, relatadas por dez idosos. O fato de não haver atividades na ILP, apontado por quinze deles, revela a importância da implementação de atividades, sejam elas: exercícios físicos como caminhadas, passeios, ou atividades manuais, para que exerçam efeitos no convívio social do idoso, bem como ajudem a melhorar sua qualidade de vida e bem-estar físico.

Os efeitos decorrentes da atividade física contribuem para a melhora do sistema circulatório, a redução de peso, o melhor controle da pressão sanguínea, a auto-estima, a qualidade de vida (NÓBREGA, 1999).

Após essas considerações, referentes aos dados demográficos e sociais dos idosos pesquisados passarei a apresentar as propostas de ação de enfermagem, que surgiram com as características identificadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, depois com os diagnósticos de enfermagem identificados e por fim com as propostas de ação de enfermagem.

4.2 Propostas de Ações de Enfermagem

4.2.1 Características identificadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

Para a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, foram entrevistados 55 idosos residentes na Instituição de Longa Permanência (ILP), sendo 39 do sexo feminino e dezesseis do sexo masculino, como já mencionado. Desses, 20 apresentaram depressão e seis foram considerados em situação limite no que se refere a essa doença.

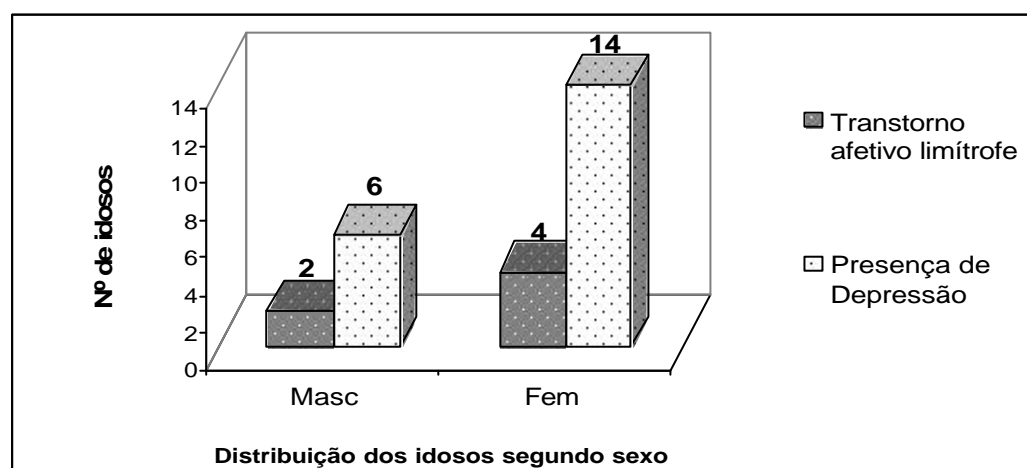


Gráfico 14 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

O Gráfico 14 apresenta os resultados da Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (EDGY), de acordo com o sexo, totalizando 26 idosos. Desses 20 apresentaram depressão, sendo quatorze do sexo feminino e seis do sexo

masculino. Quanto ao transtorno afetivo limítrofe⁵, se apresentou em quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino. Os idosos que apresentaram resultados limítrofes necessitam ser muito estimulados e acompanhados pelos profissionais da saúde, principalmente, pela enfermeira para que se possam promover sua saúde mental e afastá-los da depressão.

Segundo o último relatório da OMS a depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino (BALLONE, 2002).

Kaplan e Sadock (1997) afirmam que independente de país, ou cultura, a depressão é duas vezes mais prevalente entre as mulheres. Eles apresentam como fatores: estresses variados, partos, modelos comportamentais de aprendizado da impotência e efeitos hormonais, como possíveis predisponentes da depressão nas mulheres.

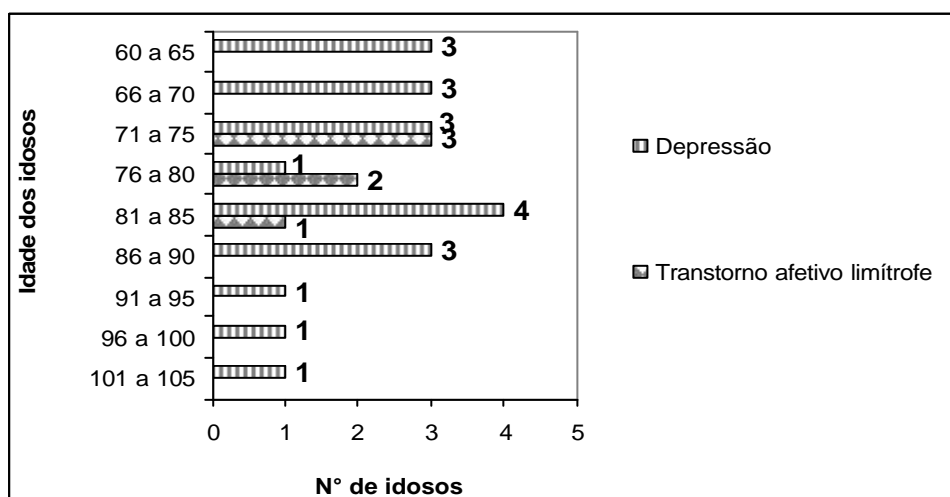


Gráfico 15 - Distribuição dos idosos segundo a idade e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Asylo de Pobres. Rio Grande, 2006.

⁵O Transtorno afetivo limítrofe, conforme a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage corresponde a pontuação 11, ou seja, resultado limite para a suspeita de depressão (REICHEL,2001).

O Gráfico 15 apresenta os resultados da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, segundo a idade. Verifiquei neste estudo que a depressão ocorreu entre todos os idosos investigados, ou seja, em 21 idosos, não se apresentando, nesse grupo, uma faixa etária mais preocupante. O transtorno limítrofe apresentou-se entre as idades de 71 e 85 anos.

Estudos recentes identificam, entre as principais características associadas à depressão, variáveis demográficas, tais como idade avançada e pertencer ao sexo feminino, e condições de saúde, como o declínio do estado funcional, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e prejuízo cognitivo, além das condições sociais precárias (LEITE et al, 2006).

Kaplan e Sadock (1997) sugerem que possa haver o sub-reconhecimento da depressão entre os idosos, pelo fato das queixas somáticas serem mais freqüentes entre eles, do que na população mais jovem. Além disso, o próprio processo de envelhecimento, que leva a uma lentificação orgânica maior do ser humano, pode mascarar os sintomas de depressão no idoso, não deixando que profissionais menos habilitados no seu cuidado identifiquem essa doença mental precocemente, como já foi mencionado anteriormente.

A seguir, apresento no Quadro 2 as características positivas e negativas identificadas através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

Características positivas (número de idosos)	Características negativas (número de idosos)
Sente-se bem ao despertar (49)	Mau humor (47)
Felicidade por estar vivo (46)	Preocupação com coisas sem importância (46)
Ausência de Problema de memória (43)	Insatisfação (43)

Ausência de preocupação com o passado (43)	Os outros têm mais sorte (41)
Ausência de pensamento negativo (40)	Dificuldade de concentração (40)
Preocupação com o futuro (40)	Isolamento (38)
Felicidade (38)	Abandono (35)
Ausência de desamparo (38)	Dificuldades em tomar decisões (34)
Vida é interessante (38)	Vida vazia (31)
Ausência de inquietude (37)	Vontade de chorar (31)
Ausência de inutilidade (36)	Desesperança (29)
Ausência de medo (34)	Evita reuniões sociais (28)
Energia (33)	Falta de clareza de raciocínio (28)
Fé no futuro (31)	
Ausência de tristeza (31)	
Felicidade em iniciar novos projetos (29)	
Ausência de aborrecimento (28)	

Quadro 2 - Características identificadas a partir da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP), Rio Grande/RS, 2006, n = 55.

Através das características apontadas, constato que existem diversos aspectos que denotam como os idosos se sentem frente ao envelhecimento e a institucionalização. As características positivas demonstram que, em geral, os idosos se sentem felizes, com energia, sem medo. Já as características negativas revelam que para alguns idosos estar institucionalizado, longe da família, torna a vida sem sentido e, assim eles se tornam deprimidos.

Em alguns momentos os idosos revelam sentimentos e sensações contraditórias, mostrando, assim a complexidade humana. Para Morin o ser humano é um ser 'unidual', que ao mesmo tempo é um ou mais de um; que é uma coisa e

outra. É um duplo que, de cada um dos lados, concentra aspectos diferentes, complementares e contraditórios (PETRAGLIA, 2001).

4.2.2. Diagnósticos de Enfermagem Identificados

A enfermagem, enquanto responsável pela estruturação do conhecimento das respostas humanas aos problemas de saúde, tem o intuito de propiciar ao indivíduo as melhores condições para que a natureza aja sobre ele. A enfermeira para descrever e desenvolver um plano de cuidados fundamentado cientificamente, e com confiança utiliza-se da identificação dos diagnósticos de enfermagem (CARPENITO, 2001).

O diagnóstico de enfermagem é uma forma de expressar as necessidades de cuidados que identificamos naqueles de quem cuidamos, ou seja, é o julgamento clínico do enfermeiro acerca da necessidade de intervenção de enfermagem (CRUZ, 1992).

Os diagnósticos aqui descritos foram relacionados às características presentes nos idosos pesquisados (Quadro 2), e foram obtidos considerando-se Benedet e Bub (2002) ou ainda à luz dos diagnósticos de enfermagem, segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2005). Algumas ações de enfermagem foram sugeridas por meio Carpenito (2001), porém adaptadas às realidades da ILP pesquisada.

Em trabalhos anteriores, foi possível constatar a utilização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, em pessoas idosas. Menciono o trabalho de Santos (1997), que objetivou estabelecer uma relação de ajuda entre a enfermeira e a pessoa idosa no âmbito domiciliar, fundamentada na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, identificando diagnóstico de enfermagem e suas intervenções correlatas.

O trabalho de Andrade et al (2005) buscou identificar a presença de depressão em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência (ILP) e propor ações de enfermagem direcionadas à minimização e/ou prevenção da mesma, também por meio dos diagnósticos de enfermagem da NANDA.

Teixeira e Fernandes (2003) buscaram contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso com distúrbio mental, por meio do conhecimento de diagnósticos de enfermagem identificados nessa população.

A partir dos resultados obtidos, foram consideradas de maior importância as principais características apresentadas na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Através de diagnósticos e propostas de ações enfermagem, pretende-se minimizar e/ou prevenir a depressão nos idosos como forma de ajudá-los em sua saúde mental.

A) Impotência relacionada a limitações institucionais evidenciadas por insatisfação, mau humor.

Propostas de ações

- ♣ 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 os pontos importantes e as vantagens pessoais;

- ♣ Disponibilizar tempo para o idoso expressar sentimentos e envolvê-los na tomada de decisões;

- ♣ Mostrar preocupação pelo idoso como pessoa;

- ♣ Ter tempo para escutar 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.

B) Desesperança relacionada ao abandono secundária à separação de pessoas significativas, 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.

Propostas de ações

- ♣ 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 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.

C) Risco para a Solidão relacionado a isolamento social.

Propostas de ações

- ♣ Envolver o idoso em atividades e programas de exercícios, promovendo sua socialização;
- ♣ Identificar as causas e ações possíveis de direcionamento ao risco para 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 processo de 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 o isolamento, envolvendo outras pessoas (alunos da enfermagem, voluntários que freqüentam a ILP) como apoio.

- ♣ Promover a participação do idoso em atividades de lazer/recreação.

D) Alteração no Processo de Pensamento relacionado ao processo de envelhecimento, evidenciada por dificuldade de concentração, falta de clareza de raciocínio.

Propostas de ações

- ♣ Criar medidas para manter 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.

E) Potencial para o Aumento do Bem-estar Espiritual evidenciado por felicidade, felicidade por estar vivo, e por achar a vida interessante.

Propostas de ações

- ♣ Continuar estimulando o idoso a apresentar essas características;
- ♣ Apoiar as práticas espirituais do idoso;
- ♣ Estimular o idoso a orar, meditar, conversar, participar das atividades religiosas desejadas, manter contato com religioso/conselheiro espiritual.
- ♣ Estimular o idoso a participar de atividades que aumentem o bem-estar como festas em que as famílias possam participar.
- ♣ Discutir a importância e o valor da oração para a vida diária do indivíduo.

O diagnóstico de Potencial para o Aumento do Bem-estar Espiritual foi uma surpresa, revelando que alguns idosos se consideram felizes, principalmente por estarem vivos, se preocuparem com o futuro, não terem medo, serem tranquilos, fazerem planos para o futuro, acharem a vida interessante. Verifico que eles estão satisfeitos com a vida e consideram a ILP como única rede de apoio responsável pelo seu cuidado, sentem-se bem como pessoas e importantes no meio em que vivem. Tal questão já foi inclusive, contemplada no gráfico 6, da primeira parte da apresentação e interpretação dos dados. Também percebi que as festas e comemorações realizadas por pessoas da comunidade e de grupos específicos (grupos de jovens e outros), contribuem para aumentar o bem-estar espiritual dos idosos pesquisados.

O diagnóstico de enfermagem Potencial para o Aumento do Bem-estar Espiritual é definido como sendo o processo de desenvolvimento do indivíduo, revelando o mistério através da interligação harmoniosa com a fonte da força interior. Esse diagnóstico foi recebido pela NANDA para desenvolvimento e por ser um diagnóstico positivo, não possui fatores relacionados (CARPENITO, 1997).

4.3. Propostas de Ações de Saúde

As atividades foram elaboradas a partir das expectativas dos idosos sobre as atividades que eles gostariam de realizar na ILP, com objetivo de minimizar a depressão.

Para esta parte do estudo, foram entrevistados 37 idosos, sendo 27 mulheres e dez homens, com idade entre 60 a 96 anos, sendo importante salientar que dez dos 37, foram idosos que apresentaram depressão. Após a leitura fluente das falas, verifiquei algumas características que permitiram organizar categorias por semelhança temática, as quais evidenciam as expectativas percebidas pelos idosos sobre as atividades que eles gostariam de realizar na ILP investigada. Foram identificadas oito categorias, assim apresentadas: oficina literária, atividades físicas, dança, trabalhos manuais, passeios, participação em grupos de terceira idade, bingos e oficina de memória.

As categorias depois de apresentadas e discutidas com os próprios idosos, técnicas de enfermagem, cuidadoras e integrantes do GEP-GERON, deram origem as propostas de ação de saúde direcionadas a essas categorias e possíveis de serem realizadas na ILP pesquisada.

Para manter os preceitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), quanto à garantia do sigilo que assegure a privacidade dos idosos, utilizei uma letra (E), significando Envelhecimento, como já colocado no caminho metodológico, com números para indicá-los na apresentação e análise.

4.3.1 Oficina Literária: Ouvir e Contar histórias

Quando abordados com a pergunta: “O senhor (a) gostaria de participar de um grupo de contadores de histórias?”, dez dos pesquisados mencionaram que

gostariam de ouvir as histórias e quatro, ouvir e contar. E, quando questionados sobre se gostariam de fazer outra atividade diferente das citadas, cinco dos pesquisados sugeriram alguma atividade como oficina de leitura. As verbalizações de E₇, E₆ e E₄ consideraram o seguinte:

Sim, gostaria muito de participar dos grupos, mas somente para ouvir histórias e piadas muito engraçadas. (E₇, 79 anos)

Sim, adoro ouvir e contar histórias, especialmente para crianças. (E₆, 89 anos)

Sim. Gosto muito de ler, por isso sugiro que tenha uma "oficina", onde eu possa ler jornais para os que não sabem ou não podem ler. (E₄, 69 anos)

Propiciar aos idosos contar suas histórias de vida, de forma que, em cada encontro, um assunto seja exposto, como falar sobre: casamento, netos, infância, filhos, entre outros.

A saúde representa um estado de equilíbrio biopsicossocial e espiritual. A desestabilização desse estado ocorre em consequência não só da doença em si, mas pelas afecções psicossomáticas resultantes de freqüentes afastamentos sociais no cotidiano das pessoas idosas, levando-as à sensação de perdas, de separação, de isolamento, entre outras. O engajar-se em atividades socializantes, como a de contar histórias, parece contribuir para a melhoria ou estabilização do estado de saúde das pessoas (GONÇALVES et al, 2001).

A arte de contar histórias reside, em muito, naquilo que chega da alma, na emoção do contador, no seu jeito peculiar de narrar, em algo novo e real, rico de interpretação oral. Ao contar histórias sem receio de ser julgada, criticada, a pessoa se engaja e descobre que diversas mudanças são possíveis. Quando o sofrimento e a dor podem ser relatados, parecem amenizar-se, tornando-se isso também uma

porta para o contato humano afetivo. Através dessa atividade também se renovam sentimentos, tornando-se assim importante para o grupo que ouve e para quem conta, e ambos encontram forças para lutar contra seus próprios medos. E os ouvintes, estes aprendem não só a lutar contra, mas a lidar com os medos e elaborá-los (GONÇALVES et al, 2001).

Na animação social para idosos, podem ser desenvolvidos diversos tipos de atividade, como, por exemplo, sessões de leitura de contos e poemas, exercício físico, assistir filmes e posterior discussão sobre os mesmos, sessões de discussão de temas propostos, atividades de trabalhos manuais, como corte e colagem, pintura em tecido, bordado, crochê, rendas e tapeçaria, com posterior exposição dos trabalhos realizados, culinária, jogos de mesa, jogos de memória, quebra cabeças, grupos de reflexão, artesanato, oficinas de leitura, jardinagem, encontros musicais, bingo cultural e dançante, passeios ao ar livre, visitas a museus, idas ao teatro e excursões. A diversidade de atividades favorece as preferências, propiciando a satisfação de um número maior de participantes (CALADO, 2001).

A oficina literária foi realizada com a leitura de um pequeno livro ilustrado, que falava sobre como os médicos deveriam tratar os pacientes que se encontram em um momento de fragilidade. Esse livro foi escolhido por possuir uma linguagem de fácil entendimento e tratar de um tema com o qual os idosos muitas vezes se deparam, quando precisam utilizar os serviços de saúde. Os idosos ouviram atentamente e, no final da leitura, foi solicitada sua opinião, os quais afirmaram ter gostado muito da atividade e pediram para que se repetisse, assim que possível.

Considero importante a realização dessa atividade, pois proporciona aos idosos refletirem sobre determinados assuntos, e entreterem-se com uma atividade útil e prazerosa.

4.3.2 Atividades físicas

Na questão “O senhor (a) gostaria de fazer alguma atividade física?” Treze dos idosos entrevistados consideraram caminhadas, e cinco atividades como fisioterapia. Conforme as verbalizações de E₈ e E₄:

Sim, caminhadas e exercícios como ginásticas. (E₈, 65 anos)

Sim, gostaria que tivesse um profissional da área de educação física, para poder realizar exercícios de movimentação dos braços, fazer ginástica. (E₄, 69 anos)

O idoso tem perda de até 5% da capacidade física a cada 10 anos, e pode recuperar 10% dessas perdas por meio da realização de atividades físicas adequadas. Essas atividades atuam de uma forma benéfica para todas as idades e sexos (OTTO, 1987).

Evidencia-se, que a atividade física pode propiciar ao idoso melhoras físicas, psicológicas e sociais. Biologicamente, o idoso ativo tem ganho, ou, no mínimo, diminui as perdas orgânicas e funcionais; psicologicamente, ele se auto-afirma e aumenta sua auto-estima; sociologicamente, ele se sente parte integrante da sociedade, e não está satisfeito em ter apenas seu espaço, querendo, ainda, ser útil para os outros (FREITAS et al, 2002).

Quando o idoso não consegue realizar os movimentos, cabe aos profissionais da saúde, incluindo a enfermeira, fazer a mobilização passiva ou exercícios passivos. O banho é uma boa hora para movimentar as articulações, porque a água morna propicia o relaxamento. Alguns exercícios (ANEXO D) para a mobilização do

idoso são fundamentais: primeiro, na posição de decúbito dorsal; segundo, na posição em pé; terceiro, na posição sentada (SANTOS, 2002).

As atividades com o idoso na posição de decúbito dorsal podem ser as seguintes: a) estender seus braços e pernas e respirar profundamente; colocar seus braços ao longo do corpo, fechar seus punhos, em seguida fletir seus antebraços, como que para salientar os músculos dos braços; fazê-lo bater palmas, com os braços estendido, acima da cabeça; segurar uma perna fletida com as duas mãos, puxando-a suavemente para o tórax.

Para o idoso na posição de pé recomenda-se: com as mãos colocadas sobre a borda de cama ou cadeira, empurrá-la com os braços, como para levantar-se. Se ocorrer vertigem, sentá-lo, aguardar um pouco, recomeçando em seguida; abrir seus braços à altura dos ombros e realizar pequenos círculos, primeiro em um sentido, depois no sentido contrário.

Para o idoso na posição sentada, recomenda-se: elevar seus ombros e rodar, primeiro para frente, em seguida para trás, um ombro de cada vez; com os punhos fechados e antebraços fletidos, juntar seus cotovelos; inclinar-se para frente e tentar tocar o solo, retornando à posição inicial; pousar suas mãos sobre a cama ou cadeira, elevar bastante o joelho direito, baixando-o, em seguida, contar quando seu pé direito tocar o chão; recomeçar com a outra perna.

Alguns conselhos para a realização de exercícios com idosos.

- ♣ Executar os exercícios todos os dias;
- ♣ Repeti-los ao longo do dia (manhã, tarde e noite);
- ♣ Se possível, escolher o momento em que o idoso se sinta melhor;
- ♣ Preferir realizar os exercícios em posição sentada, enquanto o idoso estiver vendo televisão.

Realizá-los, três vezes ao dia, no início do programa, na frequência de dois a três movimentos, que, com o passar do tempo, poderão elevar-se para até 10 movimentos. Se os exercícios estiverem em demasia, o idoso apresentará mal-estar durante sua realização.

Deve-se levar em conta que a avaliação de um profissional médico precisa ser feita antes do início de qualquer rotina de atividades físicas, sobretudo se a pessoa idosa é cardíaca.

A caminhada constitui excelente exercício para os idosos que desejem manter a flexibilidade articular. Ajuda também a conservar o tônus muscular e é excelente para o coração, o sistema circulatório e, principalmente, para o sistema nervoso. Uma caminhada de 20 minutos por dia, três vezes por semana, é bastante eficaz. Deve-se aconselhar o idoso a andar de acordo com a sua capacidade (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2001).

Mesmo o idoso sendo acompanhado por um médico, quando surgirem sintomas, como cansaço excessivo, dor no peito, dores intensas nas articulações, vertigens, sensação de perda de consciência, palpitações, o exercício deve ser imediatamente interrompido e o médico deverá ser novamente consultado.

As atividades físicas se iniciaram no dia 9 de junho de 2006, na sala de massagens do Asylo de Pobres, e contaram com a presença de quatro alunas da graduação, uma docente e seis idosos. Foram realizados movimentos ativos de mãos, cabeça, pés, tronco, braços e pernas. Uma aluna instruiu os idosos a fazerem os exercícios, após demonstração. Uma aluna estabeleceu exercícios individuais, com ações sistemáticas para duas idosas.

Percebeu-se que os idosos ficaram felizes e satisfeitos com o grupo formado para realização dos exercícios físicos, pois demonstraram interesse em continuar

essas atividades, visto que as mesmas contribuem para a melhoria da saúde, tanto física, como mental.

4.3.3 Dança

Ao questionar sobre “Que tipo de atividade o senhor (a) gostaria de realizar aqui na ILP?”, verbalizaram doze idosos que gostariam de dançar e ouvir músicas, tais como no depoimento de E₁ e E₄, respectivamente:

Gostaria (...) de ler muito, dançar e ouvir músicas. Gostaria também de escrever. (E₄, 69 anos)

Gostaria de escutar músicas e dançar. (E₁, 66 anos)

Dançar atinge os três domínios da natureza humana: fisiológico, afetivo e cognitivo, os quais funcionam como agentes motivadores do indivíduo para a manutenção e/ou recuperação da vida e da alegria pessoal e coletiva, e como agentes motivadores, retroalimentadores da própria dança. Por seu aspecto lúdico e sua versatilidade, a dança incentiva sua própria prática, fazendo com que se renove e permaneça, ao longo de gerações, como uma atividade atual. É o resultado de um estímulo interno individual de mover-se; é uma ação intuitiva (CALDAS, 1999).

Para o idoso, é muito importante estar em contato com o mundo que o rodeia, sentir-se ativo e útil, participando de algum tipo de atividade. A prática da dança irá proporcionar ao idoso, mais saúde e autonomia, e poderá ajudá-lo a lidar com o seu próprio corpo, com seus sentimentos e com seu processo de envelhecimento, auxiliando-o, também, nas suas atividades diárias e na sua integração social (PEREZ et al, 2003). Essa atividade não foi realizada pela falta de um aparelho de som.

4.3.4 Trabalhos Manuais

Quando abordados se “gostariam de realizar algum trabalho manual e quais”, oito dos entrevistados mencionaram crochê, e quatro preferiram os trabalhos como capinar. As verbalizações de E₂ e E₃ consideram o seguinte:

Gostaria de fazer crochê para ajudar aos pobres, as crianças pobres, e atividades de pintura. (E₂, 82 anos)

Sim, gostaria de trabalhos como capinar, plantar e cuidar dos jardins. (E₃, 72 anos)

Rotinas ativas com tarefas simples, incluindo atividades leves individuais ou coletivas, como: caminhadas de baixa intensidade, a utilização de escadas ao invés de elevadores, cuidar do jardim, atividades manuais como crochê, bordados e tricô, proporcionam uma melhoria na condição física e psicológica. Elas auxiliam na realização de movimentos do dia-a-dia, tornando esses indivíduos prestativos em seu meio social e conscientes de sua condição de cidadão (ALMEIDA et al, 2004).

Quatro idosas já realizam trabalhos como crochê, tricô, confecção de bonecas de pano, porém as atividades manuais não são atividades estimuladas na ILP pesquisada, sendo uma das propostas sugeridas pelos idosos, bem como atividades de mexer com a terra, como jardim ou horta.

4.3.5. Passeios

Nas falas dos idosos entrevistados, sobre “Você gostaria de fazer passeios?”, dez relataram que gostariam muito de fazer passeios, como nos depoimentos de E₆ e E₉:

Gosto muito de fazer passeios, gosto muito de diversão. (E₉, 80 anos)

Sim, gostaria muito de sair, isto é que lhe dá vida. (E₆, 89 anos)

Os passeios auxiliam para que os idosos tenham uma vida social, descubram novos horizontes e não se isolem. Essas atividades não precisam ser dispendiosas, em termos de tempo e custo financeiro, desde que tenham significados para os idosos. Podem ser feitas atividades como piquenique, conhecer lugares históricos, entre outras, que façam com que os idosos sintam-se bem.

A atividade de passeio foi realizada uma vez, em uma quinta-feira e contou com uma docente, quatro alunas da graduação e cinco idosos, sendo uma idosa cadeirante. Os idosos passearam pela praça em frente à ILP. Para a realização dessa atividade contou-se com a colaboração de alguns soldados do quartel do exercito que fica em frente à ILP, que por instantes interromperam o fluxo de veículos na avenida que dá passagem ao Asylo e à praça, permitindo a passagem em segurança dos idosos.

Percebo que, além de conhecer outros lugares, os passeios vão oportunizar novas amizades e um contato social que, em geral, os idosos não possuem. Através dos passeios e caminhadas, os idosos se mostram felizes, gostam de cumprimentar as pessoas por onde passam e de cantar músicas.

4.3.6 Participação em Grupo de Terceira Idade

Quando perguntados: “O senhor (a) gostaria de participar de um grupo de terceira idade aqui dentro da ILP?”, 23 idosos relataram que sim, como na verbalização de E₁₀ :

Sim, queria muito conhecer novos amigos. (E₁₀, 88 anos)

Para os idosos, o ingresso num grupo para a terceira idade é "um marco" em suas vidas, uma espécie de divisor de águas que substitui o período de solidão e abandono, subsequente à viuvez ou separação, por um outro de novas amizades, festas, encontros e passeios (DEBERT, 1999).

Nas concepções de Almeida et al. (1998), Borini e Cintra (2002), ao procurarem o grupo, os idosos buscam mais uma acolhida afetiva com o encontro de pessoas e construção de novas amizades, do que propriamente a solução de suas dificuldades cotidianas. Já Assis e Pacheco (2002) acrescentam que o vínculo é ingrediente fundamental na relação dos idosos que freqüentam o mesmo grupo. Para Borini e Cintra (2002), o acolhimento, o afeto, a camaradagem e a amizade são manifestações encontradas a partir da participação no grupo.

Devido às dificuldades de viabilização, a inserção de um grupo de terceira idade na ILP investigada torna-se impraticável. No entanto, fica como sugestão para os alunos e membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontogeriátrica, GEP/GERON, para futuros trabalhos científicos.

4.3.7 Bingo

Quando se perguntou: "O senhor (a) gostaria de fazer uma outra atividade diferente das que foram citadas? Por favor, faça a sua sugestão/sugestões", oito dos entrevistados sugeriram alguma atividade como bingo, evidenciada no depoimento de E₁₈ e E₄:

Sim. Uma sugestão é que toda a semana existisse alguma atividade de lazer, como bingos e bailes. (E₁₈, 61 anos)

A recreação é uma alternativa para adaptar-se melhor a essa fase da vida. A participação é coletiva, estimula a solidariedade, é através do jogo e da dança que o idoso diminui as tensões, angústias, faz amigos e se diverte. É uma atividade alegre que o faz esquecer do dia-a-dia, buscar a socialização e gostar de estar com pessoas da mesma faixa etária. É importante adaptar as brincadeiras de acordo com a idade, sem perder o brilho, o encanto. O idoso é alegre, gosta de brincadeiras, precisa de afeto e atenção, mas não se deve jamais tratá-lo como criança. O jogo e a dança lhes proporcionam auto-estima, diversão, novas amizades, vivendo momentos diferentes, alegres e prazerosas, preenchendo as horas de folga (SALVADOR; KALININE, 2004).

Os jogos como bingo, baralho, jogos populares, entre outros, proporcionam alegria e prazer de viver. Além disso, desenvolvem a coordenação, tomada de decisão, desinibição e interação social.

No dia 14 de junho de 2006, foi iniciada uma atividade recreativa no Asylo de Pobres de Rio Grande, envolvendo uma docente e quatro alunas da graduação. A princípio, a proposta da atividade era um bingo, mas devido a algumas dificuldades que os idosos apresentam, como: visuais, auditivas e de concentração, optou-se por distribuir um número para cada idoso, fazendo um sorteio. Aquele que estivesse com o número sorteado, realizaria, se quisesse, alguma atividade, em troca de um prêmio, quem escolhia a atividade era o próprio idoso. Participaram dessa atividade doze idosos. Como *prenda* os idosos sorteados cantaram, contaram estórinhas, dançaram. Os prêmios doados pelos integrantes do GEP-GERON foram: cremes corporais, carteiras, bolsas, objetos de maquiagem, broches, canecas do Internacional e Grêmio, entre outros.

Outra atividade como a citada anteriormente realizou-se no dia 11 de agosto, com o mesmo êxito da primeira, agora com a participação de duas docentes, quatro alunas e 31 idosos. Importante garantir que todos os idosos sejam sorteados, ou seja, que tenha brindes para todos os idosos e sejam entregues mesmo para aqueles que não quiseram fazer nenhuma atividade. Depois de receber o prêmio, todos, batem palmas para o idoso sorteado. Foram tardes interessantes e divertidas, pois os idosos se mostraram felizes. Para os integrantes do GEP/GERON que participaram da atividade, foi muito gratificante.

4.3.8 Oficina de Memória

A oficina de memória não foi solicitada pelos idosos. Porém, percebendo a necessidade dessa atividade como uma forma de estimular o resgate de reminiscências e de habilidades cognitivas de idosos com diagnóstico provável de demência, optou-se pela sua inserção na ILP pesquisada.

Dentre as várias alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as funções do sistema nervoso central, principalmente as de origem neuropsicológica, envolvidas no processo cognitivo, tais como o aprendizado e memória, constituem um dos principais alvos de pesquisas realizadas sobre senescência (SOUZA, 1996). Isso ocorre porque as alterações podem comprometer o bem-estar bio-psico-social do idoso, impedindo a continuidade da sua vida social de forma participativa, prejudicando a interação com os familiares, em particular, e com a sociedade, no geral.

Parte da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las. Eles não se lembram: nomes de pessoas conhecidas, de compromissos importantes, como tomar remédio; onde deixaram objetos pessoais; esquecem-se do fogo aceso; do ferro ligado; entre outros exemplos de situações

que prejudicam seu desempenho e podem por em risco sua saúde e segurança, afetando negativamente seu cotidiano. Dessa forma, postula-se a realização do exercício da memória, através da estimulação/motivação, como método terapêutico na recuperação e/ou manutenção dessa função neural, em idosos cujo processo fisiológico do envelhecimento é tido como natural, ou seja, sem comprometimentos neurológicos pré-existentes (SOUZA; CHAVES, 2005).

Essa atividade tem sido realizada por uma docente e duas alunas da graduação de forma individual, no quarto dos idosos, pois ambientes agitados, barulhentos, prejudicam o rendimento e a atenção. Cinco idosos já participaram da oficina e é utilizado material de apoio como: calendário, relógio, disco contendo as letras do alfabeto. Também foram utilizados papel, caneta e alguns objetos diversos, como: pedra, tesoura, caixa, etc., com os quais se objetiva identificar a orientação e compreensão do que está sendo posto à sua frente. Dessa forma, pede-se ao idoso para desenhar um relógio, tarefa que apresenta maior grau de dificuldade para aqueles comprometidos cognitivamente.

A seguir, apresento o quadro 03, com o resumo das Propostas de Ações de Saúde, juntamente com os relatos de experiência dos grupos que vêm realizando tais atividades com os idosos⁶.

<p align="center">Ação 01: Oficina literária: Ouvir e Contar histórias 1ª sexta-feira do mês, das 16-17h.</p>	<p align="center">Observações</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar grupos de idosos e alunos; - Contar histórias de contos, quadrinhos, livros, mensagens, versos, prosas, poesias, piadas; - Estimular para que os idosos leiam revistas, jornais, e queiram contar o que leram para os outros; - Propiciar aos idosos contar suas histórias de vida, de forma que, em cada encontro, um assunto seja exposto, como falar sobre: casamento, netos, infância, filhos, entre outros; - Utilizar fotos do próprio idoso e de lugares (para os idosos relembrem os tempos antigos) e serem estimulados a contar fatos sobre as fotos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A oficina literária foi iniciada com a leitura de um pequeno livro ilustrado, o qual falava sobre como os médicos deveriam tratar os pacientes que se encontravam em um momento de fragilidade. Os idosos ouviram atentamente e, no final da leitura, foi solicitada sua opinião. Eles afirmaram ter gostado muito da atividade e pediram para que se repetisse, assim que possível.
<p align="center">Ação 02: Atividades físicas Nas 2^{as} sextas-feiras do mês das 16-17h</p>	<p align="center">Observações</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Atividades que possibilitem aos idosos movimentar membros superiores e inferiores; - Atividades com balão, bola leve, jogo das cadeiras e outras; - Realizar exercícios passivos com aqueles idosos que não têm condição de participar do grupo de atividades físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para a realização das atividades físicas, participaram quatro alunas, uma professora e seis idosos. Foram realizados movimentos ativos de mãos, cabeça, pés, tronco, braços e pernas. Uma aluna instruiu os idosos a fazerem os exercícios, após demonstração. Alguns necessitaram de ajuda na realização dos exercícios.
<p align="center">Ação 03: Dança Nas 4^{as} sextas-feiras do mês, das 16-17h.</p>	<p align="center">Observações</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Escolher, junto com os idosos, ritmos alegres e de seu interesse; - Utilizar ritmos com músicas dinâmicas, buscando explorar membros superiores e inferiores; - Criar coreografias, utilizando círculos, colunas, fileiras; explorar movimentos individuais, em duplas, em trios; associar a música aos membros superiores e inferiores.. 	<ul style="list-style-type: none"> - Essa atividade não foi realizada pela falta de um aparelho de som.
<p align="center">Ação 04: Trabalhos Manuais</p>	<p align="center">Observações</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Estimular as idosas que já realizam atividades manuais como: crochê, tricô, costura (bonecas); - Aproveitar o espaço do pátio com: criação de hortas, jardim, possibilitando, dessa forma, o contato dos idosos com a terra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Algumas idosas recebem lãs e linhas para desenvolverem seus trabalhos manuais, que são vendidos, e a renda é revertida para a ILP (compra de fraldas geriátricas); - Utilizar o espaço do jardim para plantar flores e mudas frutíferas.

⁶ Na terceiras sextas-feiras de cada mês ocorrem as reuniões do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Gerontogeriatrica (GEP-GERON/FURG-CNPq), no Departamento de Enfermagem da FURG.

<p align="center">Ação 05: Passeios</p> <p align="center">Previsão para, pelo menos, uma vez por mês</p>	<p align="center">Observações</p>
<p>- Organizar grupos de passeios para a Praia do Cassino, praças, lagoas, Canalete (local de caminhada da cidade), quadra da ILP, dentre outras, e organizar piquenique.</p>	<p>- Foi realizado passeio na praça em frente à ILP, do qual cinco idosos participaram.</p>
<p align="center">Ação 06: Participação em Grupos de Terceira Idade</p>	<p align="center">Observações</p>
	<p>- Considerando os trâmites necessários para a organização de um grupo de terceira idade, percebeu-se a dificuldade na sua viabilização;</p> <p>- Os integrantes do GEP/GERON entenderam a importância desta atividade, que será revista posteriormente.</p>
<p align="center">Ação 07: Bingo modificado</p> <p align="center">Previsão para, pelo menos, duas vezes por mês</p>	<p align="center">Observações</p>
<p>- Procurar incentivar o convívio social, promovendo bingos, atentando para a distribuição de brindes.</p>	<p>- A proposta da atividade era bingo, mas, devido a algumas dificuldades que os idosos apresentam, como: visuais, auditivas e de concentração, então optou-se por uma alternativa. Distribuiu-se um número para cada idoso, fazendo um sorteio. O idoso que estivesse com o número sorteado realizaria, se quisesse alguma atividade em troca de um prêmio, e quem escolhia a atividade era o próprio idoso. Também se o idosos não realizasse a atividade ganharia o prêmio e seria aplaudido, igual aos demais.</p> <p>- Participaram desta atividade doze idosos. Os prêmios doados foram: cremes corporais, carteiras, bolsas, objetos de maquiagem, broches, entre outros. Foi uma tarde interessante e divertida, pois eles se mostraram felizes. Para os integrantes do GEP/GERON que participaram da atividade, foi muito gratificante.</p> <p>- Na segunda realização desta atividade, participaram duas docentes, quatro alunas e 31 idosos.</p>
<p align="center">Ação 08: Oficina de memória</p> <p align="center">Previsão para, pelo menos, uma vez por semana</p>	<p align="center">Observações</p>
<p>- Estimular o resgate de reminiscências e de habilidades cognitivas de idosos com diagnóstico provável de demência;</p>	<p>- Tem ocorrido de forma individual, nos quartos. Cinco idosos já participaram. Utiliza-se material de apoio: calendário, relógio, uma casa, um</p>

<p>- Estimular a memória com: fotografias, figuras, músicas, história da cidade e de vida (para os estágios iniciais da demência);</p> <p>- Instigar a habilidade cognitiva com: jogos, figuras, formas, leitura, escrita, calendários, relógio, desenhos, música, som, cores, odores, confecção de cartazes e materiais táteis.</p> <p>Estimular a memória olfativa.</p>	<p>disco contendo as letras do alfabeto, bem como papel, caneta, alguns objetos diversos, como: pedra, tesoura, caixa, etc., com os quais se objetiva identificar o grau de orientação e compreensão do que está sendo posto à sua frente.</p>
---	--

Quadro 3 - Resumo das propostas de ações de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da população idosa é bastante evidente, assim como os fatores que implicam para a institucionalização dos maiores de 60 anos. Foi a partir do aumento populacional e da preocupação em identificar a depressão e propor ações de enfermagem e de saúde para idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), que decidi realizar este estudo.

Os valores obtidos nos testes, referentes aos idosos que apresentaram transtorno limítrofe, justificam as propostas de ação que devem ser voltadas, não apenas aos sintomas dos quadros já instalados, mas, principalmente, para aqueles casos de risco iminente de desenvolvimento da depressão.

Considerando os resultados do estudo, as idades dos idosos variavam de 60 a 105 anos, sendo predominantes o sexo feminino, viúvos seguidos por solteiros, os nascidos em Rio Grande e aposentados, residentes há mais de dez anos na ILP. Os idosos, em geral, gostam de residir na ILP e gostariam de ter idades mais jovens. Dos 55 idosos pesquisados, 20 apresentaram depressão (quatorze do sexo feminino e seis do sexo masculino), sendo ela predominante nas idades de 60 a 90 anos. Quanto ao transtorno afetivo limítrofe, foi observado em quatro idosos do sexo feminino e dois do sexo masculino presente em idosos com idades entre 71 e 85 anos.

Quando agrupadas as características e estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, algumas ações de enfermagem foram definidas, direcionadas para minimizar e/ou prevenir a depressão. Os diagnósticos de enfermagem identificados, na sua maioria, decorrem dos problemas que os idosos enfrentam, da impotência

frente às limitações institucionais, as quais podem ser evidenciadas por insatisfação e mau humor.

A desesperança, relacionada ao abandono secundário, à separação de pessoas significativas, ficou 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. Este sentimento de abandono ocorre, muitas vezes, pelo fato de quase não receberem visitas, sendo privados do convívio familiar, amigos, fazendo com que se sintam insatisfeitos e impotentes, frente a essa nova realidade.

Quando são destituídos do processo de tomada de decisão, os idosos perdem suas perspectivas, se sentem impedidos na construção de sonhos, de maneira geral, não vislumbram a esperança de que algo possa acontecer, tornando-se profundamente tristes e deprimidos.

Assim, as ações de enfermagem têm como foco principal proporcionar aos idosos a identificação de seus problemas, auxiliando-os na tentativa de resolvê-los, de uma maneira construtiva.

Verifiquei, dentre os diagnósticos, a disposição para o bem-estar espiritual aumentado, evidenciado por felicidade o tempo todo, felicidade por estar vivo, vida interessante. Ele está revelando que, apesar de existirem problemas que podem ser acarretados pelo processo de envelhecimento, alguns idosos consideram gratificante o fato de estar vivo, de possuir um local para morar, e que estar nessa fase da vida é uma vitória.

A metodologia do tipo convergente assistencial, utilizada nesta pesquisa, serviu, de uma forma ampla, para que ocorresse uma intervenção através das principais características identificadas, permitindo que o pensar e fazer pudessem

estar juntos. Com isso, ressaltam-se os benefícios das ações de saúde e enfermagem, que vislumbram recuperar e melhorar a saúde física e mental dos idosos.

As ações de saúde foram sugeridas pelos idosos, como forma de ajudá-los a se sentirem felizes, menos isolados, envolvidos em alguma atividade que realmente desse sentido para sua vida, e assim, afastarem-se de sinais e sintomas da depressão.

Enfatizo a necessidade de uma enfermeira na ILP pesquisada, para que as ações, tanto de enfermagem como de saúde, sugeridas e implementadas ao cuidado dos idosos, ocorram de uma forma preventiva, contínua e sistematizada.

As atividades na ILP, relacionadas ao cuidado ao idoso, são exercidas por três técnicas de enfermagem e doze cuidadoras. Porém as avaliações individuais deixam de ocorrer, e para algumas doenças, a exemplo da depressão, que necessitam de uma ação mais efetiva, não acontecem, pois muitas vezes os sintomas não são conhecidos pelas profissionais.

Estudos envolvendo a população idosa estão aumentando, sendo necessário que outras áreas, como: psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física, fisioterapeuta se integrem. Que novos conhecimentos científicos sejam concebidos, tendo como resultado um cuidado mais voltado às reais necessidades dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.

Observa-se a necessidade de estudos surgidos sobre a temática, tendo consciência de que, com o aumento da população idosa, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) estão aumentando consideravelmente. E de que, a depressão se encontra entre as doenças mais freqüentes, que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, desencadeando um

importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual, assim como outros problemas.

As ações de saúde e enfermagem foram propostas com o intuito de ajudar os idosos a melhorar sua saúde física e mental, bem como de proporcionar que participassem de algumas atividades de recreação. Dessa forma, constato que as atividades implementadas já estão proporcionando aos idosos, alegria e participação, e convívio social com outras pessoas.

Através deste estudo, adquiri um conhecimento mais profundo sobre os idosos residentes em ILP, e também o desejo de continuar pesquisando sobre eles. Aprendi que, às vezes, o pouco que se faz para outras pessoas, através da conversa, atenção, respeito humano, traz resultados indescritíveis para sua vida. Mas considero que os mais beneficiados somos nós que, com esse pouco, podemos fazer diferença na vida das pessoas e em nossas próprias vidas.

Algumas das limitações encontradas para a realização deste estudo foi o fato de que alguns idosos se recusaram a responder ao instrumento de avaliação, e também alguns se negaram a responder o instrumento inteiro, por achá-lo muito longo. Também se constitui limitação para os resultados pretendidos a ausência de uma enfermeira na ILP, para que as ações propostas possam ser realizadas de uma forma contínua.

Também considero importante que a Política de Saúde do Idoso no Município de Rio Grande com suas ações voltada para a saúde e manutenção da capacidade funcional dos idosos continuem suas atividades e procurem se articular de forma a promover a qualidade de vida dos idosos riograndinos.

Diante desses fatos, percebo as contribuições deste estudo para a assistência, pesquisa e ensino na Enfermagem Gerontogeriatrica. Assim, sugiro que

mais trabalhos multidisciplinares e estudos interdisciplinares sejam realizados, visando uma assistência específica voltada aos idosos institucionalizados, tendo sempre como enfoque o bem-estar dessa população.

6. REFERÊNCIAS

ACOSTA, R. C. Servicios particulares de atención a los adultos mayores em Chile. *Texto Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 6, n.2, p.137-146, maio/ago.1997.

ALMEIDA, M et al. Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. RASPP – *Revista Assoc. Saúde Pública Piauí*, Piauí, v.1, n.2, p.155-162, jul./dez., 1998.

ALMEIDA, A. D et al. *Recreação na terceira idade*, 2004. Disponível em: <www.programapostural.com.br/t_recreacao.htm>. Acesso em: 27/03/2006.

ANDRADE, A. C. et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enferm.* Porto Alegre (RS), v.26, n.1, p. 57-66, abr,2005.

ARENT, S. M et al. The effects of exercise on mood in older adults: a meta-analytic review, *J. Aging Phys. Activ.* n.8, p. 407–430, 2000. Disponível em: <<http://www.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: 20 mar.2006.

ASSIS, M de.; PACHECO, L. C. Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.53-73, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977.

BALLONE, G. J. *Depressão no Idoso*. In: Psiqweb Psiquiatria Geral. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em: 15 abr. 2002.

BALLONE, G. J *Depressão Resistente ao Tratamento em Idosos*. in: PsiqWeb Psiquiatria Geral 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em : 29 jun. 2006.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Exercício físico e atividades da vida diária em idosos asilados. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v.10, n.2, p.52-67, maio/ago. 2001.

BENEDET, S. A; BUB, M. B C. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. Uma abordagem baseada na teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 2002.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BLAZER, D; WILLIAMS, C. D. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *The American Journal of Psychiatry*, n.137, p.439-444, 1980.

BORINI, M. L. O; CINTRA, F. A. Representações sociais da participação em atividade de lazer em grupos de terceira idade. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 55, n. 5, p.568-574, set./out., 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. *Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 1.395/99, Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília, 1999.

BRITO, F. C de; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALETTO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 35, p. 394-402.

CALADO, N. M. *Animação social para a terceira idade: luxo ou necessidade?* 2001. Disponível em: <http://www.projectotio.net/lazer/animacao>. Acesso em: 12 abr. 2006.

CALDAS C. P. Educação para a saúde: a importância do auto cuidado. In: VERAS, R. P. *Terceira idade*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 1999.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v.10, n.2, p.229-233. Mar/abr. 2002.

CAMARANO, A. A. *Muito além dos 60 anos: os novos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A. *Envelhecimento da população brasileira: problema para quem?* Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

CAMON, V. A. A. Depressão como um processo vital. In: CAMON, V. A. A. (Org.). *Depressão e Psicossomática*. São Paulo: Pioneira, 2001. p. 1-44.

CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CARPENITO, L. J. *Manual de Diagnóstico de Enfermagem*. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001

CARVALHO FILHO, E. T; PAPALETTO NETTO, M. *Geriatría: fundamentos clínicos e terapêuticos*. São Paulo: Atheneu, 1994.

CARVALHO, V. F. C; FERNANDEZ, M. E. D. Depressão no idoso. In: PAPALETTO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 16, p.160-173.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. *Diretrizes Básicas de Política Social para o Idoso no Estado*. Resolução nº 02, de 7 de dezembro de 2000.

CORRÊA, A. C. O. Depressão e poliqueixas no idoso. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, n. 46, p.13-16, 1997.

COSTA, L. V. A. Apresentação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: uma agenda para o final do século, 1., 1996, Brasília. *Anais...*Brasília,1996. p. 1-3.

CRUZ, I.C. F et al. Estudo descritivo sobre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem: disfunção sexual. *Rev Esc Enferm.;USP*, v 26, n.1, p. 43-64, mar.1992.

DAVIM, R. M. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v.12, n.3, p.518-524, maio/jun. 2004.

DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre envelhecimento. In: DEBERT, G. G et al. *Textos didáticos-Antropologia e velhice*. Campinas (SP): IFCH/UNICAMP, 1998. p.7-27.

DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.

DEECKEN, A. *Saber envelhecer*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

DIOGO, M. J. D´E. Consulta de enfermagem em gerontologia. In: PAPALETTO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 19, p.209-229.

DOCHERTY, J. P. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry, Memphis, Tenn, US*, v.58, n.1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

DUARTE, M.J.R.S. *Internação institucional do idoso: assistência à saúde em geriatria no setor público*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de Vida. In: CALDAS, C. P. (Org.) *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998. p.17-34.

FARINASSO, A. L. da C. *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família*. 2004. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. 1994. In: DEBERT, G. G. *Textos didáticos. Antropologia e a velhice*. Unicamp, 1998.

FREITAS, E. V de et al. Atividade física no idoso. In: FREITAS et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.103, p.857-865.

GALINSKI, D. A. Atención progresiva. In: PEREZ, E et al. *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p.319 - 329.

GAZALLE, F. K. *Prevalência e fatores associados de sintomas depressivos na população de 60 anos ou mais em Pelotas, RS*. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, RS. 2002.

GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso contador de histórias: a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 94-115, maio/ago. 2001.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 25, p. 204-215.

GUILHERME, de A. Nós dois. In: ELLEN, G. W. *Vida em família: construindo relacionamentos felizes*. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2001. cap. 31, p.161..

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico*. 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2000). Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosohtm>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. Depressão. In: KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. cap.15, p. 493-544.

LAMPINEN, P; HEIKKINEN, E. Reduced mobility and physical activity as predictor depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Aging Clin. Exp. Res.*, n.15, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2006.

LANGE, C. *Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP*. 2005. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, SP, 2005.

LEÃO JUNIOR, R. *Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos*. 2003. 200f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2003.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v.6, n.1, p. 31-38, jan./mar. 2006.

LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UnATI/UERJ. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.2, n.2, 1999. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>. Acesso em: 20 jun. 2006.

LITVOC, J; BRITO F. C de. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

MAZO, G. Z; LOPES, M. A; BENEDETTI, T. B. *Atividade física e o idoso-concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MENDES, M. B. R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Rev. Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v.18, n. 4. p.422 - 426, 2005.

MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.11-24.

MORAES, I. A. L. DUARTE, M. J. R. S. Cuidando do idoso asilado: universalidades e diversidades para fundamentação das ações de enfermagem. *Enfermagem Atual*. São Paulo: v.2, n.11, p.15-18, set/out, 2002.

MORAGAS MORAGAS, R. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NÉRI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L; DEBERT, G.G. (orgs.) *Velhice e sociedade*. São Paulo: Papirus, 1999. p.113-140.

NOBREGA, A C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, v. 6, n. 5, p. 207-211, nov/dez, 1999.

OLIVEIRA, R. C. S. *Terceira idade do repensar dos limites aos sonhos possíveis*. São Paulo: Paulinas, 1999.

OTTO, E, R de C. *Exercícios físicos para a terceira idade*. São Paulo: Manole, 1987.

PACHECO, O. R; SANTOS, S.S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2000. 524p.

PAPALÉO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.10, p.91-105.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 28, p.313-323.

PAVARINI, S.C.L. *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade Estadual de Campinas, SP, 1996.

PEREIRA, L. S. M. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. *Anais...* Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2006.

PEREZ, A. et al. *Dança para a terceira idade*, 2003. Disponível em: www.programapostural.com.br/t_recreacao.htm. Acesso em: 27 mar. 2006.

PETRAGLIA, I. C. Olhar sobre o olhar que olha – complexidade, holística e educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

PY, L. *Testemunhas vivas da história*. Rio de Janeiro: EDN, 1996.

PRADO, P. C. T. F; PETRILLI FILHO, J. F. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. *Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.35-143, abr. 2002.

REICHEL, M. D et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: *Avaliação multidimensional do paciente idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 22 p.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida – Relatório de Pesquisa*. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 11.517, de 26 de julho de 2000, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso. Porto Alegre, 2000.

- ROLIM, M. Entre o silêncio e a morte. In: *V caravana nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002. 119p.
- RUSCHEL, A. E.; CASTRO, O. P. A intergeracionalidade na dinâmica das relações de poder familiar. In: CASTRO, O. P. (org.). *Velhice, que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento*. Porto Alegre: Síntese, 1998, p. 125-130.
- SÁ, J. L. M. Gerontologia e Interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: Néri A. L; Debert G. G (orgs). *Velhice e sociedade*. São Paulo: Papyrus, 1999. p. 223-32.
- SÁ, J. L. M. de. A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. de. et al (eds). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.137, p.1119-1124.
- SAFONS, M. P. Algumas considerações sobre envelhecimento e atividade física. *Humanidades – Terceira Idade*, Brasília, v.1, n. 46, p.25-33, out 1999.
- SALVADOR, M; KALININE, I. *A importância da atividade física na terceira idade: uma análise da dança enquanto atividade física*. *Revista Primeiros Passos*, Concórdia (SC), v.1, n.1, set. 2004.
- SANTOS, S. S. C. *O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar. uma relação de ajuda na enfermagem*. 1997. 115p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 1997.
- SANTOS, S. S. C. *Enfermagem gerontogerátrica: reflexão à ação cuidativa*. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 113-117.
- SANTOS, S. S. C. *O ensino da enfermagem gerontogerátrica no Brasil de 1991 a 2000 a luz da complexidade de Edgar Morin*. 2003, 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- SANTOS, S. S. C. et al. *Perfil de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): proposta de ações de Enfermagem/Saúde*. Projeto Universal, Brasília: CNPq. 2005, 10 p.
- SHMUELY, Y. et al. Predictors of improvement in health related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr*, New York, v. 13, n. 1, p. 63-73, 2001.
- SILVEIRA, T. M. da. Depressão. In: BERTHOLASCE, A. C. et al. *Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: UnATI, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). *Instituição de longa permanência para idosos*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

SOUZA, R. R. Alterações anatômicas do sistema nervoso central associadas ao envelhecimento. In: JACOB FILHO, W; CARVALHO FILHO, E. T (eds). *Envelhecimento do sistema nervoso e a dor no idoso – monografias em geriatria III*. São Paulo: FMUSP, 1996.

SOUZA, J. N de; CHAVEZ, E. C. O efeito de exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev. Esc. Enferm USP*. São Paulo, v.39, n.1, p. 13-19, 2005.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*. São Paulo: UNESP, v.8, n.3, p.91-98, set/dez, 2002.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. Etiopatogenia da depressão em idoso. In: _____. *Depressão na Terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo: Lemos, 1999. p. 89-97.

TAFARO, L. et al. Depression and aging: a survival study on centenarians. *Arch. Geront. Geriatr.*, v.8, 2002. Disponível em: <[httpwww.capesperiodicos.gov.br](http://www.capesperiodicos.gov.br)> .Acesso em: 20 mar. 2006.

TEIXEIRA, M. B; FERNANDES, R. A. Q. Diagnóstico de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v.56, n.6, p.619-623, nov/dez, 2003.

TIER, C. G. et al. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 332-335, mai./jun, 2004.

TIER, C. G. et al. Política de Saúde do Idoso no Município do Rio Grande. *Revista Cogitare Enfermagem*. Paraná, v.11, n.1, 2006. No prelo.

TRENTINI, M; PAIM, L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: EDUFSC, 1999.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE. *Guia de bolso de avaliação geriátrica*. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

VALLILLO, R. *Depressão: o mal do século atinge todas as idades*. 2003. Disponível em:<www.techway.com.br/techway/revista_idoso/comportamento/comportamento_re nata.htm> Acesso em: 25 jun.2006.

VAROTO, A. G. V et al. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e prevalência de doenças crônicas. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.13, n.1. p.107-114. 2004.

VASCONCELOS, E. M. R de. *Cuidado de enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosas deprimidas, utilizando a terapia floral de bach*. 2003. 267f.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VERAS, R. et al. *Terceira idade: envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

VIEIRA, E. B. *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 99p.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 352p.

VIEIRA, E. B; KOENIG, A.M. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. de. et al (eds). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.110, p.921-928.

YESAVAGE, JA; BRINK, TL. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. **J Psychiatr Res**, v.17, p. 37-49, 1983.

WATSON, L. C.; MICHAEL, M. P. Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam pract*, v.52, n.12. p. 956-964, 2002.

WELSH-BOHMER, K.; MORGENLANDER, J. C. *Determinando a causa da perda de memória nos idosos*. 2000. Disponível em: <<http://www.neuropsiconews.org.br>>. Acesso em: 15 abr. 2005.

Referência Consultada

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2000. 22p.

APÊNDICE A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta dissertação é parte de um projeto maior, intitulado: “Perfil de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): proposta de ações de Enfermagem/Saúde” (SANTOS, 2005), aprovado pelo Edital Universal/2004 do CNPq, sendo assim, este projeto também está se valendo do termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto maior.

Ilmo. Sr.
Renato da Silva Penna
MD Presidente do Asylo dos Pobres

Senhor Presidente

Solicito autorização para realizar, nesta instituição, uma pesquisa cujo título é “Perfil de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): proposta de ações de enfermagem/saúde”. Procurarei identificar o perfil dos idosos que residem numa ILPI, com vistas ao desenvolvimento de ações de enfermagem/saúde que possam contribuir para sua qualidade de vida.

Para realizar esse estudo, precisarei entrevistar individualmente os idosos residentes nesta ILPI, além de aplicar-lhes um instrumento de coleta dos dados, para identificação da existência de problemas físicos, psicológicos e/ou sociais.

Na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato tanto da instituição quanto dos participantes. Ressalto ainda que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Seu consentimento é indispensável para realização desse estudo, podendo ser cancelado a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus à instituição.

Sendo o que tinha a tratar no momento e certa de contar com sua colaboração, subscrevo-me.

Responsável pela pesquisa

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações desse estudo, bem como estou ciente de que poderei cancelar este consentimento a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus para mim ou para a instituição. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Perfil de idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): proposta de ações de enfermagem/saúde”, realizada pela Prof^a. Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos, do Departamento de Enfermagem da FURG.

Nome do idoso.....

APÊNDICE B. Guia de Entrevista

- 1) Que tipo de atividade o senhor (a) gostaria de realizar aqui no Asylo de Pobres?
- 2) O (A) senhor (a) gostaria de fazer algum trabalho manual? Qual (quais)?
- 3) O (A) senhor (a) gostaria de participar de um grupo de contadores de estórias?
- 4) O (A) senhor (a) gostaria de fazer passeios?
- 5) O (A) senhor (a) gostaria de fazer alguma atividade física?
- 6) O (A) senhor (a) gostaria de participar de um grupo de terceira idade aqui dentro do Asylo de Pobres?
- 7) O (A) senhor (a) gostaria de fazer uma outra atividade diferente das que foram citadas? Por favor, faça a sua sugestão (sugestões).

ANEXO A. Parecer do CEPAS

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS

Rio Grande, 18 de maio de 2005.

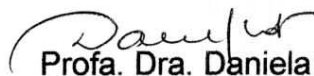
PARECER

Processo: 23116.001321/2005-42

Título do Projeto: PERFIL DE IDOSOS RESIDENTES NUMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): PROPOSTA DE AÇÕES DE ENFERMAGEM/SAÚDE.

Coordenador: Profa. Dra. Silvana Sidney Costa Santos

Parecer do CEPAS: O CEPAS/FURG **aprova** a execução do projeto acima citado.


Profa. Dra. Daniela Martí Barros
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO B. Formulário de Coleta de Dados**Identificação do Idoso e Questões Sociais:**

Sexo:

Idade:

Procedência:

Profissão e situação econômica atual:

Situação conjugal:

Há quanto tempo mora no "asilo"? _____

Como chegou ao "asilo"? _____

Quem o(a) trouxe? _____

Gosta de morar no "asilo"? _____ Justifique:

O(A) senhor(a) participa de alguma atividade descrita a seguir?

Grupo Religioso: () SIM () NÃO

Clube de Terceira Idade: () SIM () NÃO

Atividade Física: () SIM, Qual? _____ () NÃO

Associações: () SIM, Qual? _____ () NÃO

O que espera da vida, enquanto envelhece? _____

Que idade gostaria de ter hoje? _____ Por quê? _____

Em comparação com as pessoas da sua idade o(a) senhor(a) acha seu estado de saúde:

() Pior () Igual () Melhor

Realiza alguma atividade de lazer? () SIM, Qual? _____

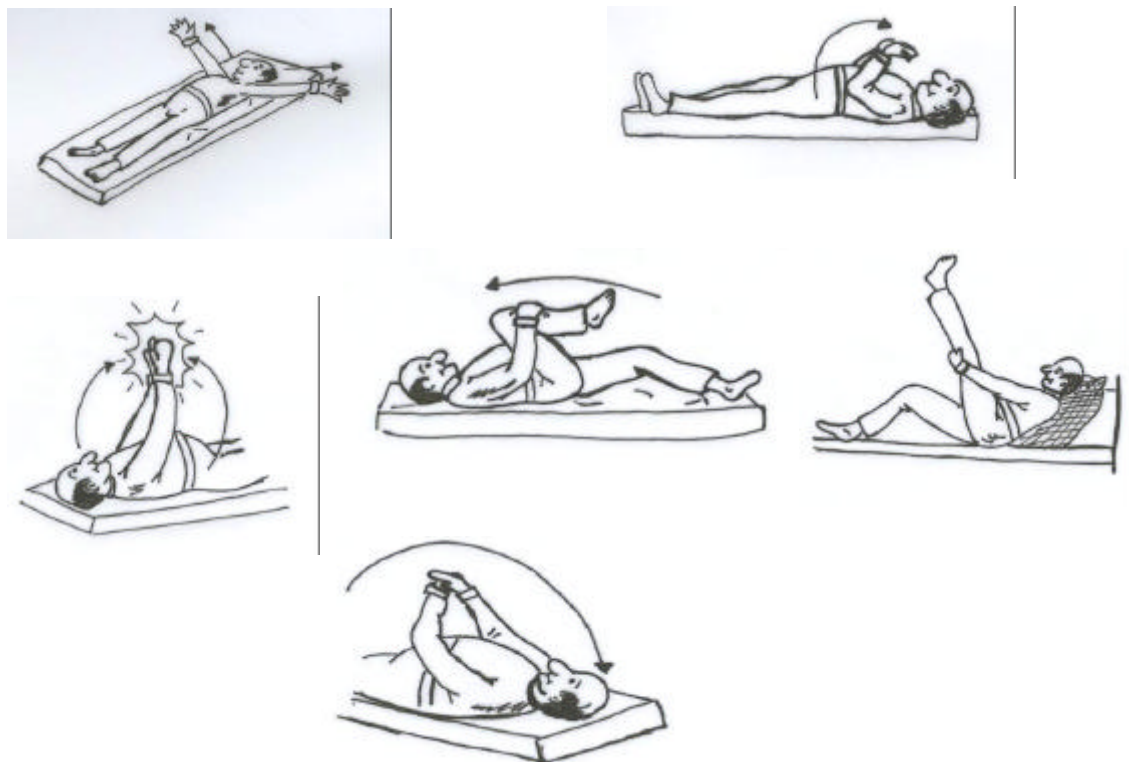
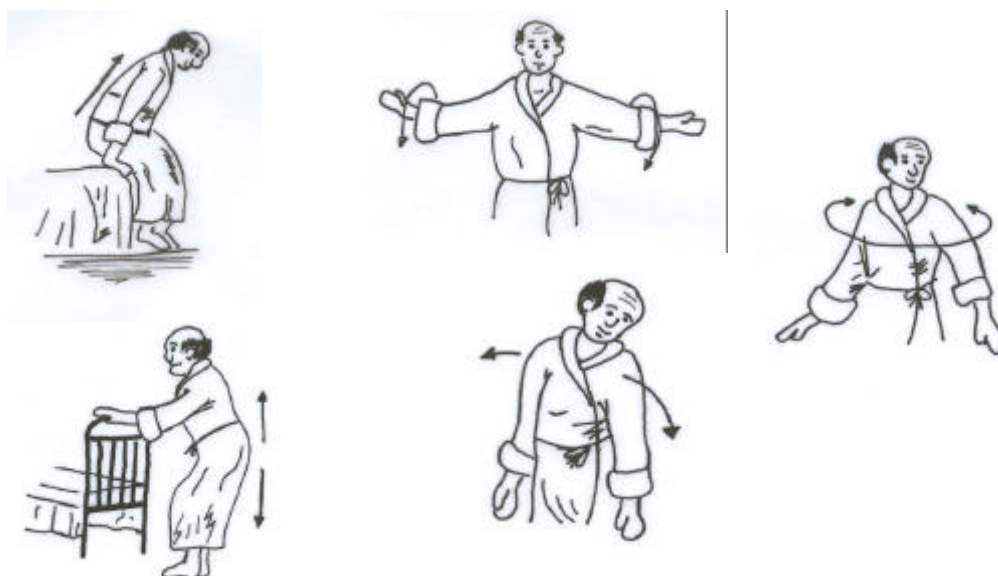
() NÃO, Por quê? _____

ANEXO C. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SIM	NÃO
1. Você está satisfeito com sua vida?	[] 0	[] 1
2. Abandonou muito de seus interesses e atividades?	[] 1	[] 0
3. Sente que sua vida está vazia?	[] 1	[] 0
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	[] 1	[] 0
5. Você tem muita fé no futuro?	[] 0	[] 1
6. Tem pensamentos negativos?	[] 1	[] 0
7. Na maioria do tempo está de bom humor?	[] 0	[] 1
8. Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer?	[] 1	[] 0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	[] 0	[] 1
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?	[] 1	[] 0
11. Sente-se frequentemente intranquilo?	[] 1	[] 0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair?	[] 1	[] 0
13. Preocupa-se muito com o futuro?	[] 1	[] 0
14. Acha que tem mais problema de memória que os outros?	[] 1	[] 0
15. Acha bom estar vivo?	[] 0	[] 1
16. Fica frequentemente triste?	[] 1	[] 0
17. Sente-se inútil?	[] 1	[] 0
18. Preocupa-se muito com o passado?	[] 1	[] 0
19. Acha a vida muito interessante?	[] 0	[] 1
20. Para você é difícil começar novos projetos?	[] 1	[] 0
21. Sente-se cheio de energia?	[] 0	[] 1
22. Sente-se sem esperança?	[] 1	[] 0
23. Acha que os outros têm mais sorte que você?	[] 1	[] 0
24. Preocupa-se com coisas sem importância?	[] 1	[] 0
25. Sente frequentemente vontade de chorar?	[] 1	[] 0
26. É difícil para você concentrar-se?	[] 1	[] 0
27. Sente-se bem ao despertar?	[] 0	[] 1
28. Prefere evitar as reuniões sociais?	[] 1	[] 0
29. É fácil para você tomar decisões?	[] 0	[] 1
30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente?	[] 0	[] 1

ESCORE: Pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo
 Conclusão:

ANEXO D. Figuras com Exercícios para Idosos*Figuras 1) Idoso na posição de decúbito dorsal**Figuras 2) Idoso na posição de pé*

Figuras 3) Idoso na posição sentada

