

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELE OLIVEIRA FREIRE

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE À DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

MOSSORÓ-RN
2021

ISABELE OLIVEIRA FREIRE

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE À DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como requisito obrigatório para obtenção do título/do grau de licenciado/de bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): Prof.^a Dra. Sibeles Lima da Costa Dantas.

MOSSORÓ-RN
2021

ISABELE OLIVEIRA FREIRE

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE À DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como requisito obrigatório para obtenção do título/do grau de licenciado/de bacharel em Enfermagem.

Aprovado (a): 30/11/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Sibeles Lima da Costa Dantas
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Prof. Me. Diego Henrique Jales Benevides
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Prof. Esp. Wandeclebson Ferreira Júnior
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

AGRADECIMENTOS

A Deus ter me feito chegar além do que eu esperava, por ter me amparado nesta árdua jornada, por me dar forças para lutar pelos meus objetivos e cumprir com meus deveres.

A minha família por ter sido a pedra angular nesse processo de formação acadêmica, por me darem apoio, suporte e acreditarem em mim. Amo vocês imensuravelmente!

Aos meus amigos que me escutaram, me apoiaram e me incentivaram.

A minha orientadora que superou as expectativas que eu tinha sobre como seria meu(minha) orientador(a), por ter sido paciente em cada etapa, por ter me encorajado e me moldado como pesquisadora.

Aos meus professores de toda a minha vida estudantil, por terem contribuído para eu ter chegado até aqui.

RESUMO

A população idosa vem crescendo consideravelmente nos últimos anos e tende a continuar crescendo, com isso, deve-se atentar para as doenças que mais os acometem, sendo que a depressão é um dos transtornos que tem destaque, assim, é imprescindível que a enfermagem esteja capacitada para assistir neste contexto. O objetivo deste estudo é revisar a literatura acerca dos cuidados de enfermagem frente à depressão na terceira idade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo Revisão Integrativa da literatura, que teve como locais de pesquisa a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram utilizados os descritores: depressão; idoso; e cuidados de enfermagem, realizando o entrecruzamento com o operador booleano “AND”. Teve como critérios de inclusão os artigos na íntegra disponíveis online gratuitamente, nos idiomas português, inglês e espanhol e que responderam à questão norteadora. Foram excluídos editoriais e artigos repetidos. Na coleta de dados, foram extraídas dos setes estudos selecionados as informações referentes à identificação do artigo, local da pesquisa, objetivo, metodologia e principais resultados, a partir de um instrumento criado pela pesquisadora. Na análise de dados, foram analisadas as informações relativas à questão norteadora, metodologia, faixa etária dos indivíduos pesquisados e resultados. Os estudos foram categorizados de acordo com o nível de evidência. Os resultados encontrados foram abordados por meio de um quadro. Os cuidados de enfermagem encontrados foram por meio de métodos de intervenção, sendo eles: protocolo, método de ativação sistemática, diretriz de enfermagem e intervenção interprofissional liderada por uma enfermeira. A discussão se baseou em dois tópicos: as principais intervenções desenvolvidas para gerenciar a depressão na terceira idade e as intervenções de enfermagem em idosos residentes em domicílio em comparação aos que residem em instituições de cuidado. Conclui-se que devido às pesquisas serem estrangeiras, não foi identificado o processo de enfermagem. Outros temas nas buscas de dados e a não colaboração de autores foram fatores que dificultaram o estudo. É possível afirmar que há poucos estudos sobre a temática e dentre eles, alguns tiveram repetição de autores. Além disso, o tema é de grande relevância para a enfermagem e deve ser o alvo de pesquisas futuras.

Palavras-chave: depressão; idoso; enfermagem.

ABSTRACT

The elderly population has been growing considerably in recent years and tends to continue growing, therefore, attention should be paid to the diseases that most affect them, with depression being one of the disorders that stands out, thus, it is essential that nursing is able to assist in this context. The aim of this study is to review the literature on nursing care for depression in the elderly. This is a descriptive research, of the Integrative Literature Review type, whose research sites were the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) and the Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). The following descriptors used: depression; old man; and nursing care, performing the crossing with the Boolean operator “AND”. The inclusion criteria were the full articles available online for free, in Portuguese, English and Spanish and that answered the guiding question. Editorials and repeated articles were excluded. In data collection, information regarding the identification of the article, research site, objective, methodology and main results extracted from the seven selected studies, using an instrument created by the researcher. In the data analysis, the information related to the guiding question, methodology, age range of the researched individuals and results analyzed. Studies categorized according to the level of evidence. The results found addressed through a chart. The nursing care found was through intervention methods, namely: protocol, systematic activation method, nursing guideline and interprofessional intervention led by a nurse. The discussion was based on two topics: the main interventions developed to manage depression in old age and nursing interventions in elderly people living at home compared to those living in care institutions. It has concluded that due to the research being foreign, the nursing process was not identified. Other themes in the data searches and the non-collaboration of authors were factors that made the study difficult. It is possible to affirm that there are few studies on the subject and among them, some had repeated authors. In addition, the topic is of great relevance to nursing and should be the target of future research.

Keywords: depression; elderly; nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	9
2.2 DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE	12
2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS COM DEPRESSÃO.....	14
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
3.2 LOCAL DA PESQUISA	17
3.3 COLETA DE DADOS	18
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	18
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	20
3.6 DESFECHO	21
3.6.1 Desfecho primário	21
3.6.2 Desfecho secundário	21
3.7 FINANCIAMENTO.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS.....	22
4.2 PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS PARA GERENCIAR A DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE.....	29
4.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO E RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE CUIDADO.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	49
APÊNDICE A	50

1 INTRODUÇÃO

A população idosa, mundial e brasileira, está crescendo, devido a vários fatores, dentre eles a melhora da qualidade de vida. No Brasil, em 1940, a expectativa de vida era de 45,5 anos, em 1960 passou a ser de 52,5 anos e em 2016 foi para 75,8 anos, tendo um aumento de 30,3 anos de 1940 a 2016. Além disso, em 1991 a população idosa representava 4,8% da população, já em 2018 a proporção era de 9,2%, com 19,2 milhões de pessoas idosas, no país (IBGE, 2017; IBGE, 2018).

Esse aumento do número de idosos só tende a aumentar nos próximos anos, devido às políticas públicas, especificamente o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), buscarem cada vez mais garantirem os direitos dos idosos. Em 2025, estima-se que o Brasil ocupará o sexto lugar no ranking de países com o maior número de idosos, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com idade igual e superior a 60 anos (BRASIL, 2010).

No censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, havia mais de 20,5 milhões de pessoas a partir de 60 anos no Brasil (IBGE, 2011). E, segundo projeções do IBGE, estima-se que em 2060 haverá 58,2 milhões de idosos com 65 anos ou mais de idade, representando 25,5% da população brasileira (IBGE, 2018).

Com o número de idosos aumentando, deve-se atentar para as doenças que frequentemente os acometem. Tem-se que a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre os idosos, e isso é preocupante, pois pode aumentar o comprometimento físico, social e funcional, fazendo com que diminua a qualidade de vida (BRASIL, 2010).

De modo geral, dentre os transtornos mentais que mais acometem a população, a depressão tem destaque. De 2005 a 2015 a proporção de pessoas com depressão, em nível mundial, aumentou 18,4%. Em 2015, a estimativa da proporção global da depressão foi de 4,4%, totalizando 322 milhões de pessoas com esse transtorno. O Brasil, em segundo lugar na região das Américas, apresentou uma estimativa de 5,8% em relação à população total do país, com mais de 11,5 milhões de casos (WHO, 2017).

A faixa etária de 60 a 64 anos é a que tem a maior proporção de diagnósticos médicos de depressão, com 13,2% (IBGE, 2020). Além disso, esse transtorno é o mais propício a levar ao suicídio, e os idosos são os que mais se suicidam (BRASIL, 2007).

Considerando que os profissionais de enfermagem prestam cuidado em contato direto com os pacientes, é possível afirmar que eles têm maior possibilidade de identificar casos

suspeitos de depressão ou piora do quadro, para os que já forem diagnosticados, e tomar as condutas viáveis (SEMEDO; *et al.*, 2016).

Além disso, a enfermagem deve atuar buscando promover e restaurar a saúde, prevenir doenças e agravos, e aliviar o sofrimento, prestando cuidados à pessoa, à família e à coletividade, por meio de intervenções autônomas ou integradas com a equipe (COFEN, 2017). Bem como, por meio do Processo de Enfermagem (PE), o profissional enfermeiro pode realizar, dentre outras etapas, a coleta de dados e o diagnóstico de enfermagem, que é de suma importância para a prestação de cuidados (COFEN, 2009).

A enfermagem é fundamental nos casos de depressão em idosos, não só porque com a consulta de enfermagem é possível detectar os sinais e sintomas sugestivos de depressão em idosos, ou reincidência, como também pode intervir no desenvolvimento do transtorno, por meio de cuidados, apoio ao idoso e à família, e esclarecer as dúvidas (LIMA; *et al.*, 2021).

Ademais, dentre as atribuições do(a) profissional enfermeiro(a), no que se refere ao atendimento à pessoa idosa na Atenção Básica, é atribuição do(a) enfermeiro(a) realizar atenção integral às pessoas idosas, além de realizar avaliação multidimensional rápida, com instrumentos complementares (BRASIL, 2007).

O estudo se justifica pelo aumento acelerado na quantidade de pessoas da terceira idade em um país em desenvolvimento, como o Brasil, levanta sérias questões de saúde pública, pois esse crescimento rápido não ocorre concomitante com a adequação social e dos serviços de saúde, para melhor atender essa população. Com isso, é importante que as políticas públicas voltadas ao idoso busquem ser efetivas (BRASIL, 2010).

Além disso, depressão é um transtorno psíquico de relevância que vem crescendo e tende a aumentar, e afeta o idoso de forma que piora sua qualidade de vida. Essas circunstâncias são preocupantes e precisam de intervenções, para que se diminuam os subdiagnósticos, os casos de recidivas e o número de suicídios por consequência da depressão.

Somado a isso, os profissionais de saúde precisam ter conhecimento sobre a depressão na terceira idade, e, como os profissionais de enfermagem prestam assistência de forma direta e durante mais tempo com o paciente, é de suma importância que tenham conhecimento sobre essa temática, para identificar os sinais e sintomas o mais precoce possível e intervir adequadamente.

Diante desse contexto, surgiu o seguinte questionamento: quais os cuidados de enfermagem frente à depressão na terceira idade?

O objetivo deste trabalho, portanto, foi revisar a literatura acerca dos cuidados de enfermagem frente à depressão na terceira idade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Há a inclusão do processo de envelhecer nas políticas do Brasil desde o período imperial, em que havia proteção social para os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes. Em 1888, foi regulamentado o direito à aposentadoria dos empregados dos Correios. Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), pela Lei Eloy Chaves, que contemplavam apenas os trabalhadores do setor privado. A sociedade civil, as associações científicas, os grupos políticos e outros grupos lutaram para que as políticas públicas abordassem a população idosa em sua totalidade (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

Com o passar dos anos aumentou a pressão da sociedade civil e os debates internacionais sobre essa temática evoluíram. Com isso, foi aprovada a Política Nacional do Idoso (PNI), através da promulgação da Lei nº 8.842 de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. A PNI tinha como objetivo garantir os direitos sociais dos idosos, por meio da promoção de autonomia, integralidade e participação efetiva na sociedade, sendo considerado idoso a pessoa acima de sessenta anos (BRASIL, 1994).

Cinco anos após, foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da Portaria Ministerial nº 1.395/99, que determinava que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS) promovessem a elaboração ou ajustes dos planos, programas, projetos e afins, levando em conta as diretrizes e responsabilidades definidas pela PNSI. As diretrizes abordavam a promoção do processo de envelhecer de forma saudável, manter e reabilitar a capacidade funcional, atendimento integral, capacitação dos recursos humanos e apoio para desenvolver cuidados informais e para pesquisas e estudos (BRASIL, 1999).

Buscando-se garantir ainda mais os direitos à população idosa e efetivar seus direitos sociais, foi criado o Estatuto do Idoso, pela Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Ela entrou em vigor em 1 de janeiro de 2004 (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

O Estatuto do Idoso apresentou alterações em relação à PNI, e uma delas foi considerar idoso a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos. Ele busca preservar a saúde física e mental e o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade para o idoso (BRASIL, 2003). O Estatuto tem capítulos que especificam os direitos dos idosos em distintos contextos, sendo um deles o do direito à

saúde. Porém, o Estatuto passou por mudanças com o passar dos anos, em que teve alterações a partir de decreto e leis (BRASIL, 2017).

Em 2006, aconteceu outro fator contribuinte para elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI): a divulgação do Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde tem três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida é constituído por compromissos sanitários, que foram definidos a partir da análise das prioridades que têm impacto na situação da saúde do país. Com isso, foram definidas seis prioridades, dentre elas a saúde do idoso. O objetivo da prioridade da saúde do idoso é implantar a PNSPI (BRASIL, 2006b). As diretrizes são:

promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006b, p. 4).

Também em 2006, a PNSI foi revogada e foi publicada a PNSPI (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016). Foi em 19 de outubro de 2006 que foi aprovada a PNSPI, por meio da Portaria nº 2.528/2006. Ela determina que os órgãos e entidades do MS promovam a elaboração ou a readequação de seus meios de colocarem a política em prática. Sua finalidade principal é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, por meio de medidas individuais e coletivas, pautando nos princípios e diretrizes do SUS. Também considera idoso com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006a).

Para se construir essa política foi-se considerado: o acentuado processo de envelhecimento da população do país; os avanços políticos e técnicos na área da gestão da saúde; a evolução da ciência; o conceito de saúde para o indivíduo idoso, que está mais voltado para sua condição de autonomia e independência, do que pela presença ou ausência de patologia orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos, para promover saúde; e o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002 (BRASIL, 2006a). A PNSPI tem nove diretrizes, sendo elas:

promoção do envelhecimento ativo e saudável; (2) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; (3) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; (4) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; (5) estímulo à participação e fortalecimento do controle

social; (6) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; (7) divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; (8) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e (9) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (TORRES et al., 2020, p. 7).

A PNSPI vê a necessidade de enfrentamento dos seguintes desafios: a falta de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS; número reduzido de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, previsto no Estatuto do Idoso; necessidade de dar suporte qualificado e constante à família e aos cuidadores; a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento específico para essa área; e a implementação ineficaz ou a ausência da implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

A PNSPI preconiza um atendimento integral, intersetorial e interdisciplinar, pautando-se no atendimento qualificado e com humanização. A política busca mostrar ao Estado e à sociedade sobre os distintos aspectos enfrentados na terceira idade. Como o Brasil possui regiões diferentes e os idosos se apresentam em contextos diferentes, a política visa à integralidade, para, assim, promover saúde (DUARTE; MOREIRA, 2016).

A criação da nova política justifica-se pelo aumento crescente na quantidade de idosos, pela carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, o envelhecimento populacional em condições de desigualdades (social e de gênero), e às demandas das pessoas idosas e com grande risco de vulnerabilidade. Além disso, é imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem grande dependência (BRASIL, 2006a).

Por mais que sua implementação não seja rápida, com as alterações que ocorreram na política de atenção ao idoso, puderam-se ter mais direitos a essa faixa etária, como por exemplo: a promoção do envelhecimento ativo; atenção integral, integrada à pessoa idosa; e estímulo à participação e fortalecimento do controle social. Para a efetividade da PNSPI, os gestores do SUS deverão estabelecer, dentro do que lhes competem, processos de articulação permanente, buscando estabelecer parcerias e integração institucional, para que seja possível o desenvolvimento de compromissos multilaterais efetivos (TORRES *et al.*, 2020).

É responsabilidade dos gestores do SUS, nos diferentes níveis, de forma articulada e de acordo com as competências de cada um, fornecer os meios e atuar para viabilizar o alcance da finalidade da política. A política determina que ela deve ser acompanhada e avaliada por meio de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, para verificar se está alcançando sua finalidade, por meio das informações produzidas pelos

distintos planos, programas, projetos, ações e/ou atividades consequentes da política (BRASIL, 2006a).

2.2 DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 define como sintomas do transtorno depressivo maior o humor deprimido com frequência; diminuição intensa do interesse ou prazer em realizar atividades diárias; perda ou ganho de peso, sem dietas; insônia ou excesso de sono; agitação ou retardo psicomotor; sentimento de culpa excessiva; dentre outros, presentes por pelo menos duas semanas em quase todos os dias, com exceção da alteração peso e ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Outros sinais e sintomas sugestivos de depressão em idoso são: cansaço pela manhã, ansiedade, diminuição da afetividade, nervosismo, mudanças de apetite, distúrbio cognitivo e etc. Deve-se atentar também para a coexistência com a demência (BRASIL, 2007). A depressão é uma doença multifatorial, em que apresenta várias classes de sintomas, sendo elas: sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade, ou seja, pode afetar o indivíduo em todo o seu contexto, e não apenas em seu comportamento (DALGALARRONDO, 2008).

É importante que haja a diferenciação entre a tristeza e o luto em relação ao transtorno. Períodos de tristeza é uma condição comum à humanidade e não devem ser diagnosticados como depressão, a não ser que tenha a gravidade, a duração e o sofrimento ou prejuízo característicos do transtorno. O luto provoca grande sofrimento, porém não tende a provocar o transtorno frequentemente. Quando eles acontecem associados, tendem a serem mais graves, e quando ocorre a depressão relacionada ao luto, geralmente a pessoa tem outros fatores de risco para depressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O tratamento da depressão pode ser feito mediante intervenções medicamentosas e não medicamentosas. As medicamentosas (os antidepressivos) são consideradas as que mais auxiliam, porém deve-se ter cautela com os efeitos adversos e as interações medicamentosas, pois muitos idosos fazem uso de polifarmácia. Referente às medidas não medicamentosas, têm-se, por exemplo: a atividade física, intervenções psicológicas, acupuntura, aconselhamento, o extrato de erva-de-são-joão, dentre outros. A associação das duas intervenções é mais eficiente, do que feitas isoladas (WANNAMCHER, 2016).

O tratamento deve consistir em: promover saúde; reabilitar psicossocialmente; prevenir recidiva, agravamento de outras patologias e suicídio; melhora cognitiva e funcional;

e apoio para o idoso lidar com as dificuldades. Orientação, acompanhamento sistemático, psicoterapia, farmacoterapia, atendimento em grupo, atividades comunitárias e atendimento à família são medidas terapêuticas que podem ser utilizadas, e que, quando associadas, são mais eficientes (BRASIL, 2007).

A depressão na população idosa é um fator preocupante devido a sua prevalência. Estima-se que 10% dos idosos têm depressão que precisam de intervenção (WANNAMCHER, 2016). Além disso, é o transtorno mental mais comum entre os idosos, acometendo mais os de 70 a 74 anos de idade. Pressupõe-se que 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos, sendo mais acentuado nos que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2020).

A prevalência de casos de depressão em idosos varia, pois depende da sintomatologia, dos instrumentos utilizados e dos pontos de corte, o que resulta em uma prevalência de 4,7% a 36,8% de quadro depressivo em idosos. A depressão não é simplesmente uma tristeza, é bem além e em idosos tendem a ter apresentação clínica inespecífica e atípica. A depressão tende a surgir mais nos anos precedentes à aposentadoria e após os 75 anos (BRASIL, 2007).

Alguns fatores de risco propiciam a incidência de depressão, sendo dois deles: a permanência em ILPI, em que 40% deles têm depressão; e ser do sexo feminino (WANNAMCHER, 2016). São fatores de risco aqueles que afetam o idoso no seu contexto biopsicossocial, cultural, econômico e familiar, como por exemplo: isolamento, conflitos familiares e sociais, problemas econômicos, violência intrafamiliar, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, antecedentes de depressão, existência de doença incapacitante e/ou dolorosa, abandono, maus tratos e morte de pessoas importantes (BRASIL, 2007).

Papalia e Feldman (2013) afirmam que há fatores de riscos na vida adulta tardia que propiciam a depressão, sendo eles: doenças crônicas ou deficiência, declínio cognitivo, e divórcio, separação ou viuvez. Além disso, os idosos tendem a dormir menos e a insônia crônica pode ser uma precursora do transtorno, ou até mesmo já ser um sintoma. Ainda assim, os idosos que prestam cuidados ao seu cônjuge de forma intensa tendem a ter mais sintomas de depressão.

Outro aspecto que merece destaque atualmente é a pandemia da COVID-19, que pode ser considerada como um fator disparador para a depressão. Em um estudo descritivo baseado nos dados da ConVid - Pesquisa de Comportamentos (ConVid), realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Estadual de Campinas, por meio de um questionário virtual, em que teve 9.173 idosos participantes, obteve que 27,5% dos idosos se sentiram tristes ou deprimidos muitas

vezes/sempre, 43,9% sentiram em poucas vezes e 28,5% não se sentiram (ROMERO *et al.*, 2021).

Em uma revisão integrativa de literatura sobre a sintomatologia depressiva em idosos residentes em ILPI, foram-se evidenciados seis fatores principais associados à depressão, sendo eles: os fatores sociodemográficos, às condições de saúde, a baixa capacidade ou incapacidade funcional, o comportamento do idoso, a cognição e os medicamentos (NÓBREGA; *et al.*, 2015).

É necessário ter um olhar amplo para diagnosticar e tratar a depressão nessa faixa etária, visto que há fatores sociodemográficos e de saúde que os tornam mais vulneráveis. É imprescindível que os profissionais de saúde realizem estratégias para diagnosticar precocemente e façam intervenções adequadas. Há instrumentos que facilitam o processo de investigações, como por exemplo, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Além disso, é importante promover a autonomia e a participação do idoso na comunidade (SOUSA *et al.*, 2017).

As medidas preventivas devem ser mais aplicadas, e o mais breve possível. O lazer tem fundamental importância no processo de diminuição dos efeitos do envelhecimento, assim como a atividade física tem relação direta na proteção contra o surgimento da depressão e a família pode evitar a solidão (RAMOS *et al.*, 2019).

Quando o idoso tem o quadro de depressão, deve-se atentar para fatores que podem agravá-la, como alucinações, consumo de bebidas alcoólicas, risco ou tentativa de suicídio, agravamento de doença somática associada, transtorno de personalidade, não ter apoio social, dentre outros. No que se refere ao suicídio, os fatores que mais indicam um perfil suicida são: sexo masculino; viver sozinho; ter doença depressiva severa, insônia persistente, e doença incapacitante e dolorosa; perda do(a) cônjuge; consumir álcool; dentre outras situações (BRASIL, 2007).

Os profissionais que assistem essa faixa etária devem sempre investigar os sinais e sintomas da depressão (LIMA *et al.*, 2016). Devido à falta de profissionais qualificados, tempo adequado, comunicação efetiva e incredulidade do tratamento, 50% a 60% dos casos de depressão não são devidamente identificados, sendo subdiagnosticados e não tratados (BRASIL, 2007).

2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS COM DEPRESSÃO

Para se cuidar do idoso, deve-se considerar seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Os enfermeiros devem proporcionar funcionalidade, autonomia e independência ao idoso. Além de realizar as devidas orientações, como por exemplo, sobre o tratamento medicamentoso e psicológico, esclarecendo a importância de realizá-los conforme a indicação, para alcançar os resultados esperados, como a redução do problema ou sua erradicação, assim como melhorar o humor (LIMA *et al*, 2021).

Além de esclarecer as dúvidas sobre o tratamento medicamentoso, o enfermeiro deve ouvir, compreender e orientar o idoso e seus familiares (PEREIRA *et al*, 2019). Assim como, acolher o idoso, estimulá-lo a praticar exercícios físicos regulares e incentivá-lo a exercer sua espiritualidade, pois causam impacto positivo no enfrentamento da depressão (TREVISAN, 2016).

O idoso pode ser atendido individualmente ou em grupo, em que individualmente ele pode ser estimulado a manter uma rotina e realizar atividades que estimulem a memória, como por exemplo: ler e fazer palavras cruzadas. Em grupos, pode-se fazer rodas de conversas, jogos da memória, dentre outras atividades que os estimulem e os deem prazer em realizá-las (CLARES; FREITAS; PAULINO, 2013).

Somado à isso, importante que o enfermeiro realize visitas domiciliares, para identificar fatores que podem estar influenciando a depressão no domicílio do idoso, assim como ter um olhar ampliado e se atentar aos cuidadores, que precisam estar bem, para prestar cuidados da melhor maneira possível (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Ainda há pouco conhecimento acerca dos cuidados de enfermagem ao idoso com depressão e despreparo dos profissionais, o que dificulta a assistência, pois quando o enfermeiro está capacitado, ele ajuda o idoso e a sua família a lidar com a velhice e diminuir a carga de adoecimentos (OLIVEIRA; MENEZES, 2014). Além disso, Pereira *et al* (2019) afirma que é importante que se tenha um acompanhamento realizado por uma equipe multiprofissional, para o tratamento ser mais efetivo (PEREIRA 2019).

Quando os idosos têm condições físicas e mentais que propiciam a depressão e ele está institucionalizado, ele tem mais probabilidade de ter depressão, por estarem separados de seus familiares (LIMA *et al*, 2021). A institucionalização, um dos fatores de risco para a depressão em idosos, devido à quebra de vínculo com familiares e saída abrupta do seu lar, também se configura como um fator que dificulta o diagnóstico precoce de depressão (FERREIRA, 2016).

É importante que nas ILPs sejam feitos diagnóstico e tratamento precoces para a depressão, apesar de, na maioria das vezes, passar despercebida pelos familiares, cuidadores e

profissionais. Os diagnósticos de enfermagem servem para embasar o plano de cuidados, baseado em evidências científicas. Trata-se do julgamento clínico do enfermeiro em relação às necessidades do paciente. Os diagnósticos de enfermagem podem ser feitos por meio da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (SANTOS *et al*, 2010).

Com a identificação dos diagnósticos, é possível traçar ações voltadas ao cuidado com o idoso depressivo, baseando-se nos sinais e sintomas apresentados, podendo-se fazer uso de escalas, para melhor identificar. As ações a serem implementadas a partir dos diagnósticos da NANDA, podem ser embasadas no Manual de Diagnósticos de Enfermagem, de Carpenito (ANDRADE *et al*, 2005).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo Revisão Integrativa da literatura, que permitiu uma investigação ampla, aprofundada e crítica de pesquisas relevantes publicadas. E, com isso, possibilitou gerar conclusões a respeito da temática estudada e reconhecer os possíveis déficits de pesquisas sobre o assunto. Esse método de pesquisa é importante para a enfermagem, pois permite ao profissional o acesso de várias pesquisas em uma, servindo de base para a tomada de decisão e melhora da prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Essa revisão integrativa percorreu seis etapas para sua construção, sendo elas: elaboração do tema e escolha da hipótese; determinação dos critérios de inclusão e exclusão na busca na literatura; estabelecimento das informações que serão coletadas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Tem como questão norteadora o seguinte questionamento: Quais os cuidados de enfermagem frente à depressão na terceira idade?

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada por meio da consulta às bases MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira), IBICS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde), CUMED (Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba), CVSP (Campus Virtual em Saúde Pública), BINACIS (Bibliografia Nacional em Ciências da Saúde - Argentina), Coleciona SUS, BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), BIGG (Base Internacional de Guias GRADE) e Index Psicologia, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e às bases MEDLINE e SciELO (Scientific Electronic Library Online), por meio do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES), onde foram utilizados os seguintes descritores: depressão; idoso; e cuidados de enfermagem, realizando o entrecruzamento com o operador booleano “AND”, sendo pesquisados tais descritores nos títulos, resumos e assuntos. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra disponíveis

online gratuitamente, nos idiomas português, inglês e espanhol e que responderam à questão norteadora. Foram excluídos editoriais e artigos repetidos.

3.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram extraídas tais informações de cada pesquisa: título do artigo, base em que foi extraído, nome dos autores, idioma (português, espanhol ou inglês), ano de publicação, local da pesquisa (hospital, universidade, centro de pesquisa, instituição única, pesquisa multicêntrica, outras instituições ou se não identifica o local e o nome do local, caso tenha), objetivo, metodologia {amostra (o tipo da seleção, o tamanho da amostra, idade e critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos), intervenções realizadas (variável independente, variável dependente, se tem grupo controle, se tem instrumento de medida, duração do estudo e métodos empregados para mensuração da intervenção)} e principais resultados.

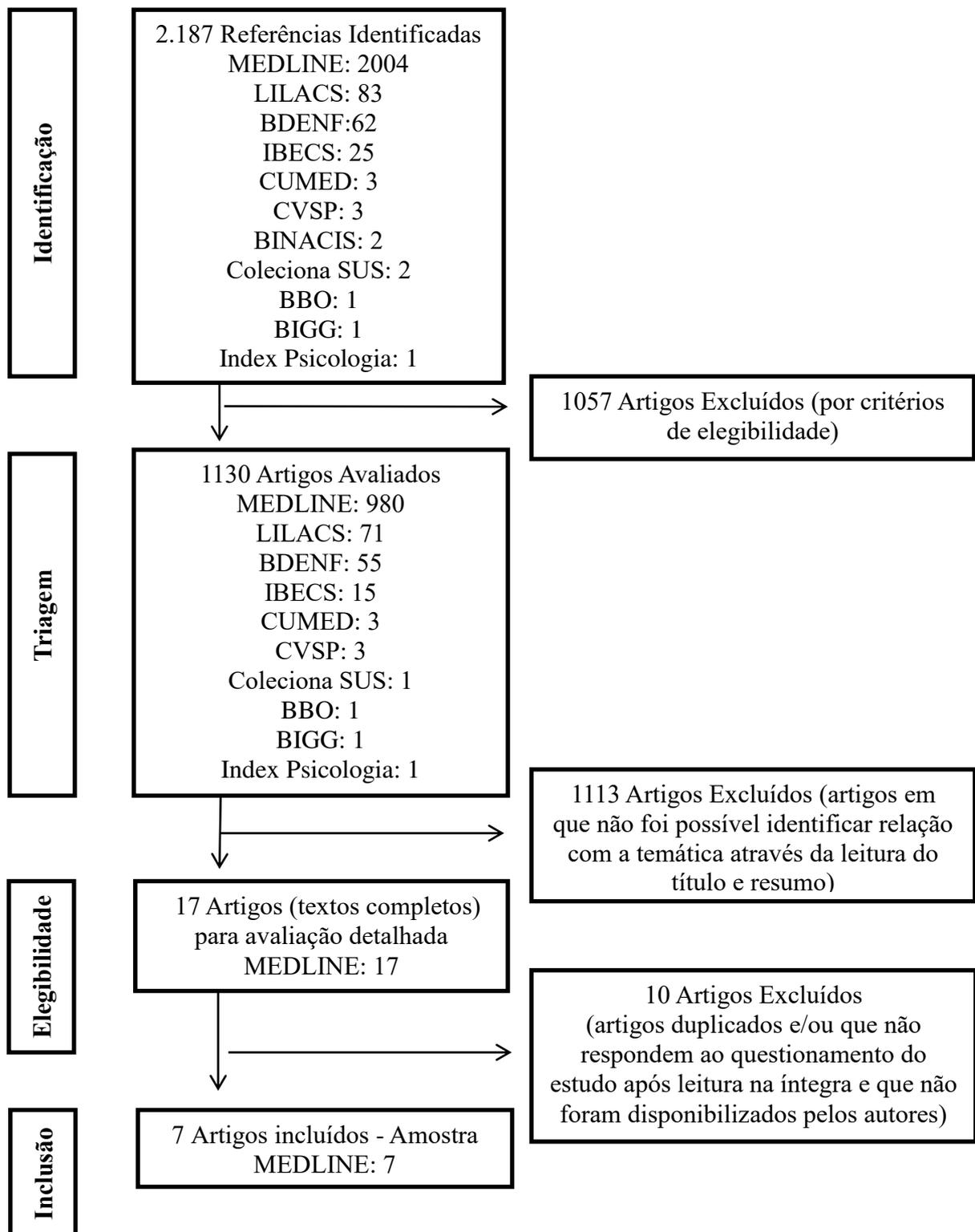
O instrumento utilizado (APÊNDICE A) foi criado para esta pesquisa, e por meio dele foi possível fazer a categorização. A Figura 1 está ilustrando o fluxograma da coleta dos artigos.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise organizada e detalhada dos dados, para avaliar o rigor e as características de cada estudo de forma crítica. Foram analisados: qual é a questão norteadora; em que se baseia a questão da pesquisa; se a metodologia está suficientemente descrita e adequada; se os indivíduos da pesquisa pertencem corretamente à faixa etária; o que a questão da pesquisa responde; se os resultados são compatíveis com a metodologia; e se cita quais pesquisas precisarão ser feitas posteriormente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Tendo em vista que a Prática Baseada em Evidências (PBE), que é um método direcionado ao cuidado clínico e ao ensino, embasado no conhecimento e na qualidade da evidência, classifica de forma hierárquica a abordagem metodológica, utilizou-se de hierarquização das evidências, para obterem-se as melhores evidências possíveis (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). O nível de evidência dos estudos foi categorizado por meio dos critérios do Centro de Medicina Baseada em Evidência, conforme apresentado no Quadro 1.

Figura 1- Fluxograma da coleta dos artigos



Fonte: MOHER, David (2009).

QUADRO 1- Níveis de evidência e seus respectivos tipos de estudos

Nível	Tipo de estudo
1º nível	Revisão Sistemática e Meta-análise de ensaios clínicos randomizados
2º nível	Ensaio clínico randomizado e estudos observacionais com intervalo de confiança estreito
3º nível	Estudo do Tipo Coorte
4º nível	Série de casos e estudos caso-controle
5º nível	Relato de caso e opinião de especialistas

Fonte: HOWICK (2011).

Na etapa seguinte, na interpretação dos resultados, foram comparados os resultados obtidos com o conhecimento teórico acerca da temática, que permitiu, assim, formular conclusões, identificar fatores que afetam a prática clínica e os déficits de pesquisa sobre a temática, podendo, assim, formular orientações para posteriores pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Visando manter essa revisão integrativa válida, foram esclarecidos os vieses que surgiram.

Na última etapa, na apresentação da revisão, foram apresentadas todas as informações importantes, de forma detalhada, clara e completa. Foram descritos todos os métodos empregados nas etapas; houve o detalhamento dos estudos incluídos, por meio de um quadro que foi elaborado, contendo informações organizadas, para que os leitores possam comparar e perceber as características; a apresentação dos principais resultados evidenciados; a discussão dos dados de forma redigida, apontando as informações convergentes e complementares; e as conclusões obtidas por meio das análises, através de constatação com a fonte primária (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3.6 DESFECHO

3.6.1 Desfecho primário

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para o embasamento da prática clínica dos profissionais de enfermagem, para obterem êxito na assistência prestada, de forma a fornecer ao paciente uma assistência de qualidade e adequada, e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos idosos acometidos por depressão.

3.6.2 Desfecho secundário

Os resultados obtidos serão encaminhados para revista da área da saúde com a finalidade de ser publicado, assim como ser apresentado em congressos científicos.

3.7 FINANCIAMENTO

As despesas geradas no decorrer desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A FACENE se responsabilizou em disponibilizar as referências contidas em sua biblioteca física e virtual, bem como o orientador e banca examinadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS

Compuseram esta análise sete (07) artigos com as seguintes características: idioma, bases de dados, ano de publicação, local de pesquisa, objetivo, metodologia, principais intervenções realizadas, nível de evidência e principais resultados com a predominância do idioma inglês, extraídos da base de dados Medline, publicados entre 2010 e 2016. Quanto à metodologia, obteve-se um estudo qualitativo, um estudo prospectivo de um grupo de pré-teste/pós-teste, três estudos randomizados, uma revisão integrativa e um relato de caso.

As principais intervenções foram realizadas, em sua maioria, no domicílio dos participantes, e as demais em instituições hospitalares, conforme apresentado no Quadro 2. O nível de evidência predominante foi o dois (2), o que corresponde a ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais com intervalo de confiança estreito. Os principais resultados mostram a efetividade dos métodos de intervenção abordados nos estudos, conforme apresentado no QUADRO 2.

Quadro 2 – Caracterização dos sete artigos analisados

Artigo	A Qualitative Evaluation of an Inpatient Nursing Intervention for Depressed Elderly: The Systematic Activation Method	An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms	Caring for Depression in Older Home Health Patients	Depression Care for Patients at Home (Depression CAREPATH): Intervention development and implementation	Depression in Home-Based Care: The role of the home health nurse	The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia	The Systematic Activation Method (SAM) in Depressed Elderly: A Case Report
Autor(es)	CLIGNET, Frans <i>et al</i>	MARKLE-REID, Maureen <i>et al</i>	BRUCE, Martha L	BRUCE, Martha L. <i>et al</i>	GROH, Carla J.; DUMLAO, Manuel S	VERKAIK, Renate <i>et al</i>	CLIGNET, Frans <i>et al</i>
Idioma	Inglês	Inglês	Inglês	Inglês	Inglês	Inglês	Inglês
Base de dados	Medline	Medline	Medline	Medline	Medline	Medline	Medline
Ano de publicação	2016	2014	2015	2011	2016	2010	2012
Local de pesquisa	4 unidades psiquiátricas para idosos, em hospitais psiquiátricos, na Holanda	Domicílio do idoso – Atendimento domiciliar	Domicílio do participante	Domicílio do participante	Domicílio do participante	18 enfermarias psicogeriatricas de 9 casas de repouso na Holanda	Instituição hospitalar para idosos com transtornos psiquiátricos
Objetivo(s)	O objetivo deste estudo é explorar as percepções dos enfermeiros	Os objetivos específicos deste estudo foram avaliar a viabilidade e	O objetivo é analisar um protocolo clínico	O objetivo é analisar a viabilidade de um protocolo para tratamento da	O objetivo deste artigo é fornecer diretrizes sobre como	O objetivo deste artigo é estudar os efeitos da introdução de uma diretriz de	O objetivo deste relato de caso é ilustrar o uso do SAM

	sobre as barreiras e facilitadores na implementação de uma intervenção (SAM) na assistência de enfermagem em saúde mental	aceitabilidade da intervenção e explorar seus efeitos na redução dos sintomas depressivos em clientes de cuidados domiciliares idosos com sintomas depressivos usando serviços de suporte pessoal		depressão	melhorar o atendimento à depressão em idosos que vivem em casa, com base em quatro funções clínicas centrais ao atendimento domiciliar: triagem, avaliação, gerenciamento de medicamentos e educação do paciente/família	enfermagem sobre depressão em residentes de enfermarias psiquiátricas com demência	como intervenção de enfermagem em idosos deprimidos internados
Metodologia	Estudo qualitativo, utilizando um questionário e entrevistas qualitativas com as enfermeiras que participaram da condição experimental	Estudo prospectivo de um grupo de pré-teste / pós-teste. A intervenção foi uma estratégia de gerenciamento de cuidados de depressão baseada em evidências, com duração de seis meses,	Estudo randomizado que aplicou o Protocolo de Depression CAREPATH no programa de seguro de saúde do Medicare, em que aplicou-se os componentes:	Estudo randomizado que aplicou o Protocolo de Depression CAREPATH em agência de saúde domiciliar, realizado em 200 participantes	Revisão integrativa que aborda o Protocolo de Depression CAREPATH	Ensaio clínico multicêntrico controlado com randomização em nível de enfermaria, usado para estudar os efeitos da introdução da diretriz. Houve treinamento com as equipes de	Relato de caso em que foi implementado o SAM como uma intervenção de enfermagem, em que o tratamento da paciente se

	<p>de um ensaio clínico controlado randomizado por agrupamento. Cinco unidades foram randomizadas para a condição de controle e quatro para a condição experimental em que a intervenção SAM foi implementada</p>	<p>liderada por uma enfermeira que usou uma abordagem interprofissional. Dos 142 participantes com consentimento elegível, 98 completaram os seis meses e 87 completaram o acompanhamento de um ano. Um projeto descritivo interpretativo foi usado para explorar as percepções de clientes, enfermeiras e trabalhadores de apoio pessoal sobre a adequação da intervenção, benefícios e barreiras e facilitadores para a implementação</p>	<p>avaliação, coordenação de atendimento, gerenciamento de medicamentos, educação e estabelecimento de metas. Tiveram 306 participantes</p>			<p>enfermagem. Os elementos-chave da diretriz de enfermagem são aumentar as atividades prazerosas individualizadas e diminuir os eventos desagradáveis. Foram 97 participantes, residentes das enfermarias com diagnóstico de demência e depressão. As medidas ocorreram no pré-teste, pós-teste e acompanhamento. O desfecho primário foi a gravidade da depressão medida com a MDS/RAI-Escala de Classificação de Depressão (DRS) e a Escala Cornell para Depressão</p>	<p>baseou em agendamento de atividades, realizado em sete sessões.</p>
--	---	---	---	--	--	---	--

						em Demência. O desfecho secundário é o humor medido pela escala de observação FACE	
Intervenções realizadas	As enfermeiras foram treinadas. Foram realizadas quatro entrevistas em grupo, para as enfermeiras avaliarem o SAM. Os participantes avaliaram por meio da ficha de avaliação do paciente. Além disso, foram utilizadas escalas para mensurar depressão e funcionamento cognitivo dos pacientes	A intervenção foi fornecida por uma equipe designada de enfermeiros e trabalhadores de apoio pessoal, que trabalharam em colaboração com uma equipe interprofissional. Cada um desempenhava funções da sua competência. A cada participante foi oferecida uma visita domiciliar mensal pelo enfermeiro e trabalhador de apoio pessoal durante seis meses. As visitas domiciliares duraram cerca de uma hora. Foi	Aplicou o protocolo	Aplicou o protocolo	Não se aplica	Foi introduzida uma diretriz de enfermagem sobre depressão nas enfermarias psicogerítricas, em que foram selecionadas as enfermarias psicogerítricas, atendendo aos critérios previstos, e os cuidadores. Foi feita a triagem nos participantes, com as escalas e critérios de inclusão; a coleta de dados dos participantes; e a aplicação das escalas; para, assim, analisar os efeitos da diretriz de enfermagem	Foi dado um livro para Susan, para informá-la e orientá-la. Foram feitas sete sessões com a enfermeira, em que cada uma teve atividades distintas. Foi marcada uma reunião seis semanas após a última sessão, para avaliar Susan.

		desenvolvido um plano de gerenciamento de depressão baseado em evidências e centrado no cliente					
Nível de evidência	Nível 2	Nível 2	Nível 2	Nível 2	Nível 5	Nível 2	Nível 5
Principais resultados	Há fatores que contribuem e dificultam a implementação, sendo a natureza da depressão tardia e a qualidade da relação terapêutica os principais fatores	Do total dos participantes, 56% tinham sintomas depressivos significativos, com 38% apresentando sintomas moderados a graves. A intervenção foi viável e aceitável para os idosos em cuidados domiciliares com sintomas depressivos. Houve redução dos sintomas depressivos e melhora da qualidade de vida	O protocolo é eficaz na redução dos sintomas e não aumenta a carga de trabalho da enfermeira	200 pacientes tinham depressão no início do estudo. 100 deles tinham depressão maior e 86, depressão leve. 50 pacientes com depressão maior tiveram seus sintomas remidos e 23 melhoraram consideravelmente. 52% dos pacientes com depressão leve melhoraram	As enfermeiras estão bem preparadas para avaliar a depressão, avaliar os fatores de risco, as comorbidades e os medicamentos que podem causar depressão. Porém, é necessário treinamento	O cumprimento da diretriz de enfermagem foi mediano. Contudo, os participantes do estudo mostraram uma redução significativa da depressão no DRS. Além disso, com a escala de Cornell, foi encontrada redução da depressão, porém sem significativa diferença do grupo controle. Não foi encontrado nenhum efeito no	O agendamento de atividades, quando adaptada em um curso resumido e instrutivo, pode ser eficaz para idosos internados que estão deprimidos

		relacionada à saúde nos seis meses de acompanhamento, com poucas melhorias adicionais seis meses após a intervenção. A intervenção também reduziu a ansiedade em um ano de acompanhamento, a hospitalização, uso de serviços de ambulância e visitas ao pronto-socorro durante o período de estudo				humor	
--	--	--	--	--	--	-------	--

4.2 PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS PARA GERENCIAR A DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

Foram encontrados dois métodos de intervenção aplicados por enfermeiras em pacientes idosos com depressão, sendo ambos internacionais e denominados como: Systematic Activation Method – SAM (Método de Ativação Sistemática) e The protocol of Depression CAREPATH (CARE for PATients at Home) (protocolo de Depressão CAREPATH (cuidados para pacientes em casa)).

Dois estudos abordaram o SAM. Um estudo é um relato de caso desenvolvido por Clignet *et al*, em 2012. O outro, desenvolvido por Clignet *et al*, em 2016, foi feito por meio de ensaio clínico randomizado realizado em unidades psiquiátricas, na Holanda.

O SAM, que foi desenvolvido com base no modelo de Lewinsohn, como um sistema altamente estruturado e prescritivo, consiste em ser um breve curso individual de sete semanas com seis etapas sequenciais, sendo ela: monitoramento do humor; execução de atividades agradáveis de uma lista de atividades agradáveis; projetar e realizar um plano pessoal de atividades agradáveis; uso de recursos externos; criação de um experimento de atividade; e a consolidação. É uma intervenção acessível, de fácil compreensão (CLIGNET *et al*, 2012).

É um método que pode ser implementado sem demandar grande aumento da carga horária do profissional enfermeiro, porém tem algumas restrições, como por exemplo: o paciente não pode ter elevado comprometimento das funções neurocognitivas, pois se não a intervenção não conseguirá ser aplicada, devido precisar que o idoso interaja nas escolhas das atividades e as realize.

As intervenções psicológicas feitas por enfermeiros são uma alternativa de tratamento, já que não há a disponibilidade de psicoterapeutas para tratar todos os pacientes. Um exemplo de intervenção psicológica seria a ativação comportamental, altamente eficaz no transtorno depressivo grave, que é uma modalidade de tratamento de aplicabilidade relativamente fácil e útil. O estudo foi desenvolvido como um breve curso, tendo como foco principal do tratamento a ativação do paciente, em que passou a ser denominado de Systematic Activation Method (SAM), que busca melhorar o humor do paciente (CLIGNET *et al*, 2016).

Clignet *et al* (2012) ajustou o SAM e a programação de atividades em alguns pontos para deixar mais acessível a programação de atividades para os idosos. Tais ajustes foram: o momento da definição de metas, o profissional que aplicará o SAM, a quantidade de vezes que registra as atividades e o que se registra, a duração da intervenção e a intensidade. O

estudo de caso teve como paciente a Susan, de 77 anos, portadora de transtorno depressivo maior.

Ela estava internada e possuía sensibilidade a alguns antidepressivos, o que limitava a escolha de terapia medicamentosa pelo profissional capacitado. Ela foi escolhida, pois tinha incapacidade em envolver-se em atividades agradáveis, devido à depressão. Foi entregue a Susan um livro do curso, que explicava a intervenção. Além disso, foram realizadas sete sessões, em que ela compareceu (CLIGNET *et al*, 2012).

A primeira sessão foi uma introdução da intervenção. Já as seguintes sessões tiveram a mesma estrutura, começando com uma avaliação da atividade que foi passada para ser realizada em casa, continuando com uma explicação dos objetivos da sessão atual e seu tema central e termina com uma avaliação e traçando as atividades da semana seguinte. Foi marcada uma reunião de acompanhamento para seis semanas posteriores da última sessão, em que Susan relatou se sentir deprimida algumas semanas após as últimas sessões, devido ter tido resfriados (CLIGNET *et al*, 2012).

Já o estudo de Clignet *et al* (2016) foi desenvolvido como um módulo estruturado de sete semanas, em que se baseou no curso “Coping with Depression”, tendo como objetivo aumentar a consciência dos pacientes sobre o impacto benéfico das atividades agradáveis sobre seus humores. O curso teve seis temas gradativos: 1: monitoramento do humor; 2: selecionando atividades positivas; 3: planeje seu humor com antecedência; 4: quem está me ajudando?; 5: o experimento da atividade; e 6: avaliação. Ambos os estudos têm atividades similares.

Os pacientes também receberam um livro explicando a intervenção. O paciente registrava seu humor diariamente e uma vez por semana se encontrava individualmente com a enfermeira, para falar sobre o seu humor, a evolução da intervenção e possíveis problemas, em reuniões de aproximadamente quarenta e cinco a sessenta minutos (CLIGNET *et al*, 2016).

A implementação ocorreu da seguinte forma: a intervenção foi apresentada aos enfermeiros dos locais escolhidos da pesquisa, depois teve um treinamento de duas sessões de quatro horas, tendo como treinador o pesquisador principal. O tema da primeira sessão foi sobre introdução às técnicas motivacionais e o da segunda foi como executar o SAM associado com as técnicas motivacionais. O investigador visitou a unidade uma vez quinzenalmente e disponibilizou seu e-mail e número de telefone, para dar suporte (CLIGNET *et al*, 2016).

Os dados foram coletados por unidade, por meio de um questionário enviado a todas as enfermeiras participantes, depois foram feitas quatro entrevistas coletivas e uma ficha de avaliação do paciente para eles relatarem até que ponto precisavam do apoio da enfermeira para realizar o SAM. Das doze enfermeiras que participaram do estudo, oito responderam o questionário e todas elas participaram das entrevistas. Sobre os pacientes, inicialmente eram vinte e seis, porém ao decorrer do estudo só quinze entregaram as fichas de avaliação. Em média, os pacientes participaram do SAM por 5,5 semanas e tiveram quatro reuniões com as suas respectivas enfermeiras (CLIGNET *et al*, 2016).

Ambos os estudos foram realizados em poucas sessões, o que é um ponto positivo, por não demandar acompanhamento contínuo para se obter resultados positivos. Além de incentivar a autonomia do indivíduo, em que ele participa ativamente nas escolhas das atividades traçadas.

Clignet *et al* (2016) relataram que os fatores que contribuíram para a implantação do SAM foram: atitude positiva entre os enfermeiros, adaptação da intervenção às circunstâncias específicas do paciente e do seu contexto, equipe de enfermagem solidária, integração do SAM no plano de tratamento multidisciplinar e envolvimento ativo do gestor da unidade. Já os fatores dificultadores foram: complexidade da intervenção, falta de tempo dos profissionais, a gravidade da depressão tardia e fatores específicos do paciente, como por exemplo: dependência, deficiências cognitivas e crenças.

Clignet *et al* (2012) relatou que o SAM oferece vários benefícios no tratamento ao paciente deprimido e é uma intervenção em que os pacientes entendem facilmente e mostram resultados rápidos sobre o humor e o nível de atividade executada. Clignet *et al* (2016) apontou que as enfermeiras relataram que a intervenção era mais complexa do que pensavam e que não era adequada para todos os pacientes. Porém, uma compreensão evidente da abordagem psicoterapêutica e o nível de habilidade do profissional aumentam os resultados do tratamento.

Clignet *et al* (2016) afirma ainda que as enfermeiras usavam apenas os elementos que julgavam úteis, e isso pode ter implicado nos resultados, já que, às vezes, iam em desencontro com o SAM. O estudo apresentou duas limitações: a diferença de escolaridade dos profissionais que aplicaram a intervenção e a amostra ser relativamente pequena para se comparar os efeitos.

Os enfermeiros de saúde mental podem usar técnicas psicológicas em suas próprias práticas. O SAM, como uma intervenção de enfermagem, contém quatro componentes

principais: é baseado em teoria; é uma intervenção estruturada; é da perspectiva do paciente; e descreve a relação paciente/terapeuta (CLIGNET *et al*, 2012).

Para orientar os pacientes na realização do SAM, é necessário ter habilidades especializadas em terapia comportamental. Enfermeiros com experiência em atender idosos deprimidos geralmente estão preparados. (CLIGNET *et al*, 2012). A relação terapêutica é o ponto essencial da assistência de enfermagem, e deve ser o ponto de partida na implementação de novas terapias (CLIGNET *et al*, 2016).

Como no Brasil há a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que engloba o PE, que envolve cinco etapas, em que se precisa de embasamento teórico, raciocínio crítico, traçar metas, implementar estratégias, dentre outras, o SAM poderia ser aplicado no país, sem ter muitas dificuldades, pelos enfermeiros que implementam a SAE. A SAE ainda está no início da sua implementação. Sua aplicação se concentra mais nos níveis secundários e terciários, com ênfase na área hospitalar (CAVALCANTE, *et al*, 2011; FRACOLLI; PADOVEZE; SOARES, 2020).

Sobre o protocolo de Depression CAREPATH, foram encontrados três estudos. A intervenção Depression CAREPATH foi projetada para gerenciar a depressão como parte do tratamento contínuo para pacientes geriátricos médicos e cirúrgicos, em resposta à necessidade do Medicarecertified Home Health Agencies (HHAs). Esse protocolo foi adaptado para se adequar a rotina de atendimento domiciliar, pois percebeu-se que as funções básicas do gerenciamento de cuidados contínuos eram consistentes com a prática de saúde de rotina domiciliar (BRUCE *et al*, 2011).

O ponto mais importante do Depression CAREPATH é gerenciar a depressão como uma doença crônica. Nesse método, um profissional não especialista assume a responsabilidade diária pelo gerenciamento do tratamento da depressão e consulta os especialistas psiquiátricos, conforme necessário. Nesse caso, é uma enfermeira que gerencia o tratamento (BRUCE, 2015). Trata-se de uma das intervenções utilizadas para melhorar a identificação e a gestão da depressão (GROH; DUMLAO, 2016).

O protocolo foi desenvolvido em colaboração entre pesquisadores, enfermeiras psiquiátricas, médicos domiciliares e administradores, para criar uma intervenção clinicamente eficaz que pudesse ser facilmente integrada à prática de rotina sem sobrecarregar os profissionais (BRUCE, 2015).

Bruce (2015) aponta que o protocolo foi projetado para se adaptar a uma consulta de rotina, em que os enfermeiros seguem as orientações durante uma visita de rotina por semana e como parte do planejamento de alta ao final do atendimento. É dividido em categorias,

sendo elas: avaliação, coordenação de cuidados, gerenciamento de medicamentos, educação e estabelecimento de metas.

O estudo randomizado de Bruce (2015) aconteceu em seis agências de saúde domiciliar que buscou analisar a eficácia do protocolo Depression CAREPATH para reduzir os sintomas depressivos em pacientes idosos do Medicare Home Health. Os pacientes com resultado positivo para depressão no Start-of-Care OASIS PHQ-2 e outros critérios de elegibilidade, eram elegíveis para as entrevistas de pesquisa e acompanhamento. 306 pacientes foram entrevistados em seus domicílios, e, posteriormente, acompanhados por telefone, sendo utilizada a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D).

Quando os pacientes são diagnosticados com depressão, a avaliação é o primeiro passo para determinar a gravidade da doença, para identificar e acompanhar os sintomas, em que é recomendado o uso do Questionário de Saúde do Paciente de nove itens (PHQ-9). Os enfermeiros monitoram os pacientes com PHQ-9 inferior a 10 (BRUCE, 2015).

Na coordenação de cuidados, é importante que os enfermeiros domiciliares estejam em contato com os prestadores de cuidados primários dos pacientes. Os enfermeiros relataram os sintomas dos pacientes aos prestadores de cuidados e analisavam as possíveis intervenções. Os enfermeiros deviam ser contatados pelos cuidadores quando os sintomas pioravam; surgia ideação suicida; apresentavam efeitos adversos aos medicamentos; e quando não havia mudança significativa na sintomatologia após quatro semanas de tratamento. Era importante que o enfermeiro compreendesse as pontuações do PHQ-9 e tivesse conhecimento das diretrizes do uso de antidepressivos (BRUCE, 2015).

Na gestão de medicação, era imprescindível que os enfermeiros avaliassem a eficácia da medicação prescrita. Sendo que foi fornecido recursos para dar conhecimentos básicos sobre antidepressivos aos enfermeiros. Além disso, era importante que o enfermeiro alertasse aos pacientes que não devia fazer alterações no tratamento, explicar o mecanismo de ação da droga e esclarecer os mitos (BRUCE, 2015).

Na educação, era indicado aos enfermeiros usarem folhetos educativos para os pacientes, para repassar informações sobre: a manifestação clínica da depressão, a biologia subjacente, fatores de risco e tratamentos possíveis. Na definição de metas, os enfermeiros auxiliavam os pacientes a definir metas de autocuidado, atividades prazerosas e contato social e revisá-las semanalmente (BRUCE, 2015).

Essa intervenção tem semelhanças com o SAM, que também busca incentivar o paciente a praticar atividades que melhorem o seu humor, buscando, assim, reduzir os sintomas depressivos.

Groh e Dumlao (2016) fizeram uma revisão integrativa abordando o protocolo, em que mostra que as enfermeiras têm uma visão limitada sobre sua capacidade de assistir pacientes idosos com depressão. O estudo orienta sobre como melhorar os cuidados em idosos com depressão que vivem em seus respectivos domicílios, tendo como base quatro funções clínicas: triagem, avaliação, gestão de medicamentos e educação do paciente e da família.

A triagem foi feita por meio do OASIS-C1 (Conjunto de informações de avaliação). A avaliação pode ser feita por meio de ferramentas, como avaliar os fatores de risco, medicamentos que podem causar depressão iatrogênica e doenças que tem alto nível de comorbidades com depressão, além de poder usar o DSM-5, o PHQ-2, que rastreia a depressão e o PHQ-9, que avalia os sintomas. Na gestão de medicamentos, um dos aspectos críticos foi uma relação colaborativa com o prescritor. Na educação, a enfermeira pode esclarecer mitos e equívocos, buscando a aderência ao tratamento (GROH; DUMLAO, 2016).

No início do estudo de Bruce *et al* (2011), 200 participantes tiveram resultados positivos para a depressão, em que 100 pacientes apresentavam sintomas mais severos e 86 pacientes tinham sintomas mais brandos. Usando o Protocolo PHQ-9, obteve que 50 dos pacientes que tinham depressão maior tiveram remissão dos sintomas e 23 melhoraram significativamente. 52% dos pacientes com depressão leve também melhoraram. Foram identificados dois problemas na implementação do seu estudo: a pequena quantidade de enfermeiras para atender todos os pacientes e os custos adicionais.

Os enfermeiros, por estarem em vários ambientes de cuidado, estão bem posicionados para identificar e cuidar de idosos com depressão. O CAREPATH ajuda os enfermeiros a preparar e apresentar informações claras, concisas e importantes para a tomada de decisão clínica, causando melhora significativa no paciente, sem aumentar a carga de trabalho dos profissionais (BRUCE, 2015).

Além disso, os enfermeiros de saúde domiciliar têm a habilidade clínica para avaliar a depressão, os fatores de risco, as comorbidades e os medicamentos que podem causar a depressão ou interferir no tratamento adequado. Assim como ajudar a iniciar o tratamento e acompanhar o paciente, sendo o profissional mais lógico para fornecer cuidados domiciliares em pacientes com depressão. Porém, ainda é insuficiente o treinamento e a educação para enfermeiros domiciliares, para rastrear e implementar intervenções de gerenciamento de cuidados para a depressão, além de adicionar uma carga de responsabilidade ainda maior sobre o enfermeiro (GROH; DUMLAO, 2016).

Os estudos que abordam o protocolo são convergentes e complementares, assim como os que discutem o SAM. Ambos mostram-se eficazes, de baixa complexidade, que podem ser

executados por profissionais enfermeiros (as) e obterem resultados benéficos para o idoso depressivo.

4.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO E RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE CUIDADO

Dentre os estudos selecionados, percebeu-se que seis deles abordavam locais específicos, sendo que três deles fizeram estudos em ambientes institucionais e os outros três no âmbito domiciliar.

A depressão tardia varia de 0,9 a 9,4% em domicílios e de 14% a 42% em ambientes institucionais e é o terceiro principal contribuinte para a carga global de doenças (CLIGNET *et al*, 2016).

Verkaik *et al* (2010) fizeram um estudo randomizado, por meio de uma intervenção multicêntrica em enfermarias psicogerítricas, na Holanda, em que estuda os efeitos da introdução de uma diretriz de enfermagem sobre a depressão em pacientes com demência, que moram em enfermarias psicogerítricas. Aponta-se que a depressão comórbida em pacientes com demência é associada à diminuição da qualidade de vida, maior utilização de cuidados de saúde e maiores taxas de mortalidade.

Clignet *et al* (2012) fizeram um relato de caso, também em ambiente institucionalizado, em que a paciente apresenta transtorno depressivo maior recorrente, tem 77 anos, histórico de internação e fatores agravantes, como por exemplo: ser viúva. Ela não conseguia realizar atividades agradáveis e, por isso, foi escolhida para ser implementada o SAM. Nesse caso, o SAM forneceu vantagens no tratamento.

Clignet *et al* (2016) fizeram um estudo randomizado, por meio de entrevistas e questionários, em quatro unidades para a condição de controle e cinco para a condição experimental, em instituições psiquiátricas de idosos, na Holanda. Foram realizadas quatro entrevistas. O estudo contou com doze enfermeiras e vinte e seis pacientes. Nesse estudo também foi aplicado o SAM.

Para a aplicação da diretriz de enfermagem, tiveram duas medidas de resultado, a primária, que avaliou a gravidade da depressão e a secundária, que avaliou o humor. O conteúdo da introdução da diretriz nas enfermarias é dividido em dois tópicos: treinamento e trabalho para casa: primeira sessão de treinamento, plano de atividades agradáveis e sessões de treinamento e acompanhamento; e grupo de promoção (VERKAIK *et al*, 2010).

As análises mostram que a porcentagem de residentes com possível depressão não mostraram significativa diferença entre o grupo experimental e o de controle, nem houve diferença entre os que permaneceram até o final da pesquisa e os que desistiram antes. Em três alas, a introdução da diretriz foi bem sucedida, em outras quatro foi moderadamente sucedida e em outras duas não foi. Nas que teve sucesso moderado e nas que não teve, a diretriz foi inibida por reorganizações. Outro fator que provavelmente contribuiu para esse resultado foi a não inclusão de outros membros da equipe (VERKAIK *et al*, 2010).

No resultado primário, a gravidade da depressão diminuiu de 4,56 para 3,91 no pós teste e 3,79 no acompanhamento, na escala Minimum Data Set/ Depression Rating Scale (MDS/RAI-DRS). Já na escala de Cornell não houve uma redução significativa. No resultado secundário, não foi encontrado nenhum efeito significativo (VERKAIK *et al*, 2010).

Como não foram encontrados outros estudos referentes à aplicabilidade de uma diretriz de enfermagem, não há como comparar se os resultados encontrados foram influenciados por causas externas, ou se a própria diretriz não tem eficácia.

Quando os pacientes com transtorno depressivo maior são admitidos em clínicas, as enfermeiras buscam incentivar que os pacientes realizem atividades cotidianas, atividades sociais e de lazer, porém tem-se pouco conhecimento sobre esse mecanismo e seus efeitos (CLIGNET *et al*, 2012). Devido à complexidade do processo de implantação do SAM, são necessários supervisão e monitoramento, com participação ativa da direção e da equipe multiprofissional (CLIGNET *et al*, 2016).

A introdução de uma diretriz de enfermagem nesse aspecto reduz a gravidade da depressão medida com o MDS/RAI-DRS, porém não é estatisticamente confirmada pela Escala Cornell (VERKAIK *et al*, 2010).

Já no ambiente domiciliar, a prevalência de depressão geriátrica é excepcionalmente, afetando um em cada sete idosos. A depressão, nesses casos, não é detectada ou tratada (BRUCE *et al*, 2011). A depressão afeta 26% a 44% dos adultos mais velhos que usam serviços de atendimento domiciliar, sendo mais prevalentes e mais graves do que nos idosos em geral. Poucos idosos nessas circunstâncias recebem tratamento adequado (MARKLE-REID, 2014).

Estima-se que 13,5% dos idosos que necessitam de assistência médica domiciliar sofrem de depressão grave. Na maioria dos pacientes de saúde domiciliar, geralmente a depressão está em curso há meses, e se não tiver intervenção, provavelmente, persistirá futuramente. Além da gravidade da depressão, ela ainda aumenta o risco de quedas,

hospitalização e interfere nos objetivos dos cuidados domiciliares, pois ficam com baixa motivação e baixa adesão ao tratamento médico (BRUCE, 2015).

O acesso a profissionais de saúde mental para pacientes em cuidados domiciliares é restrito. Além de que há uma colaboração inadequada entre os diferentes prestadores de cuidado, dificuldade ao acesso ao serviço especializado, falta de conhecimento, uso reduzido nas ferramentas de triagem e falta de padronização da prática. Esses fatores são dificuldades para integrar as estratégias baseadas em evidências. É necessário que se tenha estratégias inovadoras para enfrentar essas barreiras e melhorar o manejo da depressão em idosos (MARKLE-REID, 2014).

Os modelos de cuidado que ajudam a prática colaborativa da equipe interprofissional estão sendo cada vez mais reconhecidos, eficientes e eficazes. Os enfermeiros comunitários estão numa posição ideal para liderar uma intervenção de promoção da saúde mental de equipe interprofissional para depressão. No contexto da atenção domiciliar, uma enfermeira treinada gerencia os cuidados e trabalha em colaboração com prestadores de cuidados primários (MARKLE-REID, 2014).

A depressão é complexa e multifatorial. As intervenções feitas por equipe interprofissional têm o maior efeito na redução da depressão nessa faixa etária, em que envolvem o uso de ferramentas de triagem padronizadas, medicamentos antidepressivos, psicoterapias ou intervenções psicossociais adaptadas ao indivíduo (MARKLE-REID, 2014).

Markle-Reid (2014) fez um estudo que testou uma nova intervenção de saúde mental com uma equipe interprofissional, com o acompanhamento proativo por enfermeiros gerenciando os cuidados, trabalhando em colaboração com os trabalhadores de apoio pessoal, o gerente de caso de atendimento domiciliar, o médico do atendimento primário e outros profissionais.

O estudo de Markle-Reid (2014) foi uma estratégia multifacetada de seis meses liderada por uma enfermeira, projetada para detectar, gerenciar e reduzir a gravidade dos sintomas depressivos entre pacientes idosos de cuidados domiciliares. Foi fornecida por uma equipe de enfermeiras e trabalhadores de apoio pessoal, trabalhando em colaboração com uma equipe interprofissional. O enfermeiro forneceu gerenciamento intensivo dos casos, para facilitar o acesso a serviços e suporte em toda a continuidade do atendimento, fornecendo apoio psicossocial e comunicação coordenada entre o cliente, a família e a equipe.

Cada participante recebeu uma visita domiciliar mensal pelo enfermeiro e pelo trabalhador de apoio pessoal durante seis meses. As principais atividades do enfermeiro e do trabalhador de apoio pessoal desenvolvidas durante as visitas eram: realização de triagem

abrangente usando ferramentas validadas para detectar sintomas depressivos e fatores de risco; avaliação de sintomas depressivos usando a Escala de Depressão Geriátrica (GDS)-15 e a escala de avaliação comportamental para pacientes internados com psicogeriatrias intramural (GIP-28), e modificação dos fatores de risco para depressão usando o protocolo de gerenciamento de risco de depressão (MARKLE-REID, 2014).

Além de conduzir uma revisão de medicamentos e apoiar a gestão de medicamentos antidepressivos em colaboração com pacientes usando diretrizes de melhores práticas; educar o paciente e o cuidador familiar sobre depressão usando materiais educacionais impressos; avaliar os pontos fortes e as limitações de resolução de problemas do cliente usando o método de resolução de problemas e fornecer terapia de resolução de problemas, usando o manual de Nezu, Nezu E D’Zurilla (2007); proporcionando ativação social e comportamental, que envolvia auxiliar e incentivar os clientes a participar de um programa regular de atividade física adaptado às necessidades individuais; fornecendo suporte intensivo para o cliente e seu cuidador familiar; e integração do cuidado da depressão com o cuidado contínuo para outras condições crônicas (MARKLE-REID, 2014).

As visitas eram adaptadas de acordo com as necessidades individuais do paciente e o tratamento de cada participante foi discutido entre o enfermeiro e o trabalhador de apoio pessoal, em conferência, uma vez por mês. Eles receberam um livreto para orientar sistematicamente os profissionais (MARKLE-REID, 2014).

Na conferência, os profissionais desenvolveram uma abordagem baseada em evidências e centrada no cliente, criando um plano de manejo da depressão. O plano incluía metas específicas de curto prazo e de seis meses, uma lista de ações e referências, um registro de todas as recomendações e a resposta do cliente ao tratamento (MARKLE-REID, 2014).

O papel da enfermeira era: fornecer coordenação de cuidados e contatos com equipe interprofissional, incluindo o gerente de caso de atendimento domiciliar, o médico de atenção primária e outros prestadores de cuidados domiciliares; avaliação domiciliar dos sintomas depressivos usando o GDS-15; avaliação domiciliar para fatores de risco de depressão, usando ferramentas padronizadas; fornecer ativação social e comportamental; avaliar os pontos fortes de resolução de problemas do cliente e limitações usando o teste de resolução de problemas e fornecer terapia de resolução de problemas; fornecer ao cliente e cuidador suporte intensivo; e educar o cliente e o cuidador familiar sobre depressão usando materiais impressos (MARKLE-REID, 2014).

Um total de 13 provedores de atendimento domiciliar (8 trabalhadores de apoio pessoal e 5 enfermeiras) entregaram o material da intervenção. Nas variáveis e medidas, os

entrevistadores independentes avaliaram os participantes no início do estudo, e novamente seis meses após a intervenção ter sido concluída, por meio de uma entrevista domiciliar estruturada com duração de cerca de uma hora. Três entrevistadores, todos enfermeiros com experiência de trabalho em ambientes baseados na comunidade, foram treinados em consentimento e procedimentos de coleta de dados; a confiabilidade entre avaliadores era boa. O estudo teve 142 participantes (MARKLE-REID, 2014).

Nos resultados, os pacientes viram a intervenção como altamente aceitável. O enfermeiro, além de tratar a depressão, instigou nos pacientes a esperança e aumentou mobilidade, funções, níveis de confiança e capacidade de viver de forma independente. O fator principal no tratamento foi que os enfermeiros e os trabalhadores de apoio social eram atenciosos disponíveis para passar tempo com eles, fornecendo apoio social, segurança e encorajamento (MARKLE-REID, 2014).

Os pacientes reconheceram os enfermeiros e os trabalhadores de apoio social como sendo excelentes recursos e empenhados em resolver seus problemas. Os aspectos negativos foram: paciente vivenciando estresse ou constrangimento por causa do estigma da doença mental (MARKLE-REID, 2014).

Os provedores de cuidados domiciliares elencaram três temas principais sobre a intervenção: os benefícios da intervenção; barreiras para efetivo tratamento da depressão e implementação bem-sucedida da intervenção; e recomendações para melhorar a sustentabilidade da abordagem liderada por enfermeiras em equipe interprofissional (MARKLE-REID, 2014).

Os fatores que contribuíram para o atrito no estudo foram: características do cliente, barreiras organizacionais e as preferências do cliente. Os gerentes recrutadores de caso e entrevistadores se reuniam mensalmente com o investigador principal para esclarecer o recrutamento e os dados coletados, identificar problemas e fazer sugestões para melhorias (MARKLE-REID, 2014).

Os enfermeiros relatam como barreiras as cargas pesadas de trabalho e tempo limitado. A intervenção liderada por enfermeiras foi altamente aceitável e foram capazes de descrever uma ampla gama de benefícios. (MARKLE-REID, 2014).

Os benefícios relatados pelos provedores foram: visitas domiciliares regulares, colaboração interprofissional e trabalho em equipe, maior conhecimento da avaliação e gestão da depressão, o enfermeiro trabalhar em colaboração com o trabalhador de apoio pessoal, melhorar a comunicação e a colaboração entre cuidados domiciliares, cuidados primários de saúde e profissionais e serviços de saúde mental especializados, melhor reconhecimento e

gestão da depressão, e acesso a cuidados primários e gestão de seguimento (MARKLE-REID, 2014).

As principais barreiras para a implementação da intervenção liderada por enfermeiras incluíram: falta de conhecimento do provedor de atendimento domiciliar e habilidades na avaliação e gestão da depressão em adultos mais velhos com condições crônicas complexas, abordando o estigma da doença mental, cargas de trabalho pesadas e tempo limitado, barreiras de comunicação entre os profissionais de atendimento domiciliar, e acesso limitado a apoio pessoal e outros serviços de assistência domiciliar (MARKLE-REID, 2014).

As soluções recomendadas para melhorar a sustentabilidade desta abordagem para a prestação de cuidados incluíram: expandir os critérios de elegibilidade, fornecendo educação adicional à equipe sobre os cuidados com a depressão, melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidados domiciliares, e desenvolver uma via de atendimento à depressão (MARKLE-REID, 2014).

As evidências mostraram viabilidade, aceitabilidade e efeitos sustentados da intervenção na melhoria dos resultados dos pacientes. Houve redução de 20% nos sintomas depressivos. A intervenção foi eficaz na melhoria dos comportamentos da prática clínica. E ressalta-se o papel e o valor dos enfermeiros, na equipe interprofissional, no atendimento domiciliar na gestão da depressão (MARKLE-REID, 2014).

Esse estudo mostra o enfermeiro como um elo entre o paciente e os profissionais/serviços especializados, em que quando não é possível o tratamento com um profissional generalista, o idoso deve ser encaminhado para um profissional/serviço mais capacitado, como por exemplo: consulta com especialistas, encaminhamento para realização de exames, dentre outros. Mesmo o idoso sendo atendido em outro nível de assistência, o enfermeiro deve dar continuidade da assistência.

Os enfermeiros de saúde domiciliar podem desempenhar um papel importantíssimo na melhora dos sintomas e na remissão da depressão dos pacientes, em longo prazo, e as ações de cuidado, como por exemplo a aplicação de um protocolo, podem ter efeitos duradouros (BRUCE, 2015).

A aplicação do protocolo de Depression CAREPATH oferece uma maneira para os enfermeiros de saúde domiciliar aumentarem a competência clínica sem se sobrecarregar (BRUCE, 2015). Além de que é viável, usando em associação com o Protocolo de Gerenciamento de Cuidados Contínuos (BRUCE *et al*, 2011).

Markle-Reid (2014) aponta que como a depressão é complexa e multifatorial, as intervenções feitas por equipe interprofissional têm o maior efeito na redução da depressão

nessa faixa etária, em que envolvem o uso de ferramentas de triagem padronizadas, medicamentos antidepressivos, psicoterapias ou intervenções psicossociais adaptadas ao indivíduo.

Esses estudos trazem informações convergentes e complementares sobre as possibilidades que o(a) enfermeiro(a) tem para prestar cuidados aos idosos com transtorno depressivo em locais distintos. Em sua maioria, os estudos abordam a importância da realização de atividades prazerosas para o idoso, independente se ele está no seu domicílio, ou institucionalizado, como um ponto fundamental na melhora dos sintomas e do humor do paciente. Além disso, envolvem ativamente o idoso em seu tratamento, promovendo o autocuidado.

A enfermagem se faz presente em todos os âmbitos em que se presta assistência ao paciente, sendo, então, importante em todos os contextos de prestação de cuidados aos idosos com depressão, seja implementando uma diretriz, aplicando intervenções ou estando em comunicação com uma equipe interprofissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou o objetivo de revisar a literatura acerca dos cuidados de enfermagem frente à depressão na terceira idade. Os estudos selecionados apresentaram intervenções realizadas junto ao público alvo e envolvendo a equipe de Enfermagem, no entanto, como se trataram de pesquisas internacionais, não foi possível identificar o Processo de Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem, prestados à população idosa com depressão, abordados nos estudos selecionados tratam-se de métodos de intervenção, sendo eles: um protocolo, aplicado em idosos que residem no domicílio; método de ativação sistemática, aplicado em ambientes institucionais; uma diretriz de enfermagem, aplicada em unidades psicogerítricas; e uma intervenção interprofissional liderada por uma enfermeira, aplicada em idosos em cuidados domiciliares.

As dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da pesquisa foram: a grande quantidade de artigos sobre outras temáticas nas buscas de dados, em especial abordando demência e cuidadores; a não colaboração de autores de três estudos que haviam sido selecionados, dentro dos critérios de inclusão, não respondendo o e-mail que foi enviado solicitando o texto completo do estudo, que não estava disponível nas bases de dados.

A pesquisa teve poucos artigos para serem analisados, devido à inexistência de mais pesquisas sobre o tema, sendo que dos estudos selecionados foi-se encontrado apenas um idioma, dos três que estavam nos critérios de inclusão. Além disso, durante a coleta e a análise de dados, percebeu-se que dois estudos têm os mesmos autores principais, e outro tem uma autora, que é a autora principal de outro estudo, evidenciando, assim, que há escassez de estudos sobre essa temática.

Portanto, com o aumento atual e a projeção de aumento da população idosa nas próximas décadas, trazendo consigo o aumento de algumas doenças, dentre elas a depressão, é imprescindível que a equipe de enfermagem busque conhecimento sobre essa temática, além de que realizem mais pesquisas, para se ter mais informações sobre maneiras eficazes de se realizar os cuidados de enfermagem na população idosa com depressão.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2016, 615 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos Depressivos. In: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 155-188.

ANDRADE, Ana Carla Alves de *et al.* Depressão em idosos de uma Instituição de Longa Permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. Porto Alegre: **Rev Gaúcha Enferm**, 2005, p. 57-66. Disponível em:
<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1758/Depress%C3%A3o%20em%20idosos%20de%20uma%20Institui%C3%A7%C3%A3o%20de%20Longa%20Perman%C3%Aancia%20%28ILP%29%20%20proposta%20de%20a%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 nov 2021.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13466.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.466%2C%20DE%2012,Art.
 Acesso em: 08 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1994. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.842%2C%20DE%204%20DE%20JANEIRO%20DE%201994.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias..&text=Art.&text=2%C2%BA%20Considera%2Dse%20idoso%2C%20para,de%20sessenta%20anos%20de%20idade. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, v. 12, 2010, 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007, 192 p.

BRASIL. **Portaria nº 1.395**, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em:
https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117. Acesso em: 08 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 08 mar. 2021a.

BRASIL. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 08 mar. 2021b.

BRUCE, Martha L. Caring for Depression in Older Home Health Patients. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, 2015. DOI: 10.3928/02793695-20151021-01. Acesso em: 01 set. 2021.

BRUCE, Martha L. *et al.* Depression Care for Patients at Home (Depression CAREPATH): Intervention Development and Implementation. **Home Healthc Nurse**, 2011. DOI:10.1097/NHH.0b013e31821fe9f7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520069/pdf/nihms-297426.pdf>. Acesso em: 01 set. 2021.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, *et al.* Experiências de Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2011. p.: 461-471. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2832/2396>. Acesso em: 07 dez. 2021.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; FREITAS, Maria Célia de; PAULINO, Monnyck Hellen Couto. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado fundamentada em Virginia Henderson. 14. ed. São Luís/MA: **Rev Rene**, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027991019.pdf>. Acesso em: 01 nov 2021.

CLIGNET, Frans *et al.* A Qualitative Evaluation of an Inpatient Nursing Intervention for Depressed Elderly: The Systematic Activation Method. **Perspect Psychiatr Care**, v. 53, p. 280-288, 2016. DOI: <https://doi-org.ez76.periodicos.capes.gov.br/10.1111/ppc.12177>. Acesso em: 01 set 2021.

CLIGNET, Frans *et al.* The Systematic Activation Method (SAM) in depressed elderly: a case report. **Perspect Psychiatr Care**, p. 25-33, 2012. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2010.00297.x. Acesso em: 01 set. 2021.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.. Acesso em: 22 mar. 2021.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Nº 233, 6 dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 mar. 2021.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 438 p.

DUARTE, Carine Aparecida Bernhard; MOREIRA, Lisandra Espíndula. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n.1, p. 149-170, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/54631/40721>. Acesso em: 06 mar. 2021.

FERREIRA, Cintia Maciel. As dores emocionais da velhice. **Revista Portal de Divulgação**, 2016. Disponível em: <https://revistalongeiver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/596/652>. Acesso em: 01 nov 2021.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; PADOVEZE, Maria Clara; SOARES, Cassia Baldini. Tecnologias de sistematização da assistência de enfermagem a famílias na atenção primária a saúde. São Paulo: **EEUSP**, 2020. 202 p. Disponível em: http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/tecnologias_atencao.pdf. Acesso em: 07 dez. 2021.

GROH, Carla J.; DUMLAO, Manuel S. Depression in Home-Based Care: The Role of the Home Health Nurse. *Home Healthcare Now*, v. 34, p. 360-368, 2016. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000432. Disponível em: https://journals.lww.com/homehealthcareonline/Fulltext/2016/07000/Depression_in_Home_Based_Care__The_Role_of_the.14.aspx. Acesso em: 01 set. 2021.

HOWICK, Jeremy; *et al.* Levels of Evidence Working Group. **OCEBM - Oxford Centre for Evidence Based Medicine**, 2011. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>. Acesso em: 17 abr. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 105 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2016, expectativa de vida era de 75,8 anos. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos>. Acesso: em 19 mar. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico: 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 265 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto; *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 97-103, abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bad9/3826244c85d7fce2ac412a34c8f3b4dcffd.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LIMA, Taciana Maria; *et al.* Intervenções de enfermagem em idosos depressivos: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 11870-11883, feb. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n2-014. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24100/19292>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MARKLE-REID, Maureen *et al.* An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clientes with depressive symptoms. **BMC Geriatrics**, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-62>. Acesso em: 01 set 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MOHER, David; *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, 2009. DOI :10.1371/journal.pmed1000097. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 30 ago 2021.

NEZU, Arthur M; NEZU, Christine M; D’ZURILLA, Thomas J. **Solving life’s problems: a 5-step guide to enhanced well-being**. New York: Springer Publishing Company, 2007.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.536-550, abr./jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151050002020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

OLIVEIRA, Amanda Mariza Souza de; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. 4. ed. Rio de Janeiro: **Rev Enferm UERJ**, 2014, p. 513-518. Disponível em: <https://docplayer.com.br/26995891-A-enfermeira-no-cuidado-ao-idoso-na-estrategia-saude-da-familia-sentidos-do-vivido.html>. Acesso em: 01 nov 2021.

OLIVEIRA, Larissa de; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Depressão em idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, volume III, n.6, p. 110-122, jan./jun. 2020. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3890626>. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/110/177>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, Brenda Roberta da Silva *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão na população idosa. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, 2019, p. 51-56. DOI: 10.5935/2446-5682.20190010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v4n1a10.pdf>. Acesso em: 01 nov 2021.

RAMOS, Fabiana Pinheiro; *et al.* Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol.Sup. 19, p. 1-8, 2019. DOI:<https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/239/154>. Acesso em: 14 mar. 2021.

ROMERO, Dalia Elena *et a.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00216620. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 nov 2021.

SANTOS, Silvana Sidney Costa *et al.* Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP). **Enfermería Global**, 2010. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica2.pdf. Acesso em: 01 nov 2021.

SEMEDO, Deisa Cabral; *et al.* Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p.101-113, 2016. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2260/2242>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SOUSA, Karolliny Abrantes de; *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **REME – Rev. Min. Enferm.**, 2017, 7 p. DOI: 10.5935/1415-2762.20170028. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/e1018.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira; *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, 22 p., 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n1/0103-7331-physis-30-01-e300113.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

TREVISAN, Mauro *et al.* O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 2016, p. 428-440. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3438/3124>. Acesso em: 01 nov 2021.

VERKAIK, Renate *et al.* The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, p. 723-732, 2010. DOI: 10.1002/gps.2586. Acesso em: 01 set. 2021.

WANNMACHER, Lenita. Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas. **OPAS/OMS – Representação Brasil**, Brasília, Vol. 1, Nº 1, 10 p., fev. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&Itemid=965. Acesso em: 14 mar. 2021.

WHO - World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. **WHO**, 2017, 24 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSDMER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D47448BFDD437AE5164ED245E73155AC?sequence=1>. Acesso em: 22 mar. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados

1 Identificação do artigo	
1.1 Título do artigo	
1.2 Base em que foi extraído	
1.3 Autores	1.3.1 Autor 1 - Nome: _____ 1.3.2 Autor 2 - Nome: _____ 1.3.3 Autor 3 - Nome: _____ 1.3.4 Mais de 4 autores: Sim () Não ()
1.4 Idioma	() Português () Espanhol () Inglês
1.5 Ano de publicação	
2 Local da pesquisa	
() Hospital () Universidade () Centro de pesquisa () Instituição única () Pesquisa multicêntrica () Outras instituições () Não identifica o local Nome: _____	
3 Objetivo	
4 Metodologia do estudo	
4.1 Amostra	4.1.1 Seleção: () Randômica () Conveniência () Outra _____ 4.1.2 Tamanho (n): () Inicial _____ () Final _____ 4.1.3 Idade: _____ a _____ anos 4.1.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____ _____ _____
4.2 Intervenções	4.2.1 Variável independente _____

realizadas	4.2.2 Variável dependente _____ 4.2.3 Grupo controle: sim () não () 4.2.4 Instrumento de medida: sim () não () 4.2.5 Duração do estudo _____ 4.2.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____ _____
5 Nível de evidência	
6 Principais resultados	