

Associação da depressão com doenças clínicas prevalentes na terceira idade: o papel da assistência de enfermagem

Association of depression with medical diseases prevalent in the elderly: the role of nursing.

Julyana Cristina Cirqueira Barata ¹
José Adailton Rolland Diniz ²

Resumo

A expectativa de vida vem aumentando rapidamente nas últimas décadas, o que eleva a quantidade de idosos na população. Na faixa etária superior a 60 anos, o indivíduo está mais suscetível a apresentar doenças crônico-degenerativas, isto decorre das modificações fisiológicas intensas e determinantes neste período da vida. A depressão e outras patologias podem ser vistas como uma reação de ajuste ou maneira de enfrentar a morbidade, merecendo atenção à sua evolução e caracterização dentro do contexto hospitalar. Esta revisão bibliográfica objetiva estudar a associação da depressão com doenças clínicas mais incidentes na terceira idade, analisando as consequências desta relação, discutindo a prática assistencial da enfermagem neste contexto, além de destacar os aspectos biopsicossociais do envelhecimento. Percebe-se que a ocorrência da depressão no contexto médico é uma relação complexa que vem sendo estudada há anos, e que na maioria das vezes é negligenciada pelo profissional da saúde. Dessa maneira, a percepção e assistência de enfermagem são essenciais ao paciente com depressão, no sentido de garantir a restauração física e emocional destes pacientes.

Abstract

Life expectancy has been increasing rapidly in recent decades, bringing the number of elderly in the population. In the upper age to 60 years, the individual is more susceptible to present chronic degenerative diseases, this stems from the intense and crucial physiological changes during this period of life. Depression and other disorders can be seen as a reaction setting or way to address morbidity, deserving attention to developments and characterization within the hospital setting. This literature review aims to examine the association of depression with clinical diseases most prevalent in the elderly, analyzing the consequences of this relationship, discussing the healthcare practice of nursing in this context, and highlights the biopsychosocial aspects of aging. It is noticed that the occurrence of depression in the medical context is a complex relationship that has been studied for years, and that is most often neglected by health professionals. Thus, the perception and nursing care are essential to the patient with depression, to ensure the physical and emotional restoration of these patients.

Descritores: Envelhecimento. Depressão e doenças clínicas. Assistência de Enfermagem.

Keywords: Aging. Depression and medical illness. Nursing Care

¹Enfermeira, Pós graduanda em Ginecologia e Obstetrícia, Pós graduanda em Auditoria, Planejamento e Gestão de Saúde

²Especialista em Saúde Mental, Mestrando em Saúde da Família.

Para correspondência:
Julyana Cristina Cirqueira Barata
email: jubarat@hotmail.com

Data da Submissão: 28/06/2014
Data do Aceite: 29/06/2014

Introdução

Envelhecer é um processo natural que acontece na vida de todo ser humano, tal processo inicia-se a partir do nascimento, promovendo inúmeras modificações fisiológicas normais e significantes no organismo, até que este venha a falir.

Nestas modificações incluem-se fatores primários, presentes em todas as pessoas e que são geneticamente determinados; e fatores secundários, os quais variam de indivíduo a indivíduo e dependem de aspectos externos (cronológico, cultural, social, psicológico, entre outros) a cada um destes indivíduos. Mas a separação entre fatores primários e secundários determinantes do envelhecimento possui limitações brandas, pois as alterações decadentes advindas com o avançar da idade são ocasionadas tanto por um destes fatores ou por ambos com a mesma frequência¹.

O envelhecimento do organismo, mesmo sendo um fenômeno universal, tem características que variam a nível individual e a nível grupal. Afirma-se que as diferenças no processo de envelhecimento são em parte provenientes da herança genética, mas também são substancialmente influenciadas pela nutrição, estilo de vida e ambiente. Sabe-se que as maiorias das alterações relativas à idade constituem-se benignas e permite a uma pessoa a continuidade de seu funcionamento, a satisfação das suas necessidades pessoais e a manutenção de um lugar na sociedade^{2,3}.

As alterações com a idade são reconhecidas como um decaimento na eficiência ou desempenho, mas no extremo são frequentemente rotuladas como doença. Exemplos de mudanças fisiológicas que surgem com o avançar da idade e assumem severidade, incluem um declínio na função renal, diminuição do desempenho da função respiratória, hipertensão arterial, diabetes não-insulino-dependente entre outros^{4,1}.

Este é um estudo descritivo sobre a depressão associada ou caracterizada como consequência de algumas doenças clínicas na etapa do envelhecimento. Também denominada como distúrbio do humor, a depressão vem despertando o interesse dos profissionais da área da saúde por se tratar de um problema afetivo-emocional que, nos últimos anos aumentou sua incidência nas diversas faixas etárias da

população.

A enfermagem, neste contexto, assume um papel de extrema relevância, pois atua não só na promoção da saúde biológica, mas também na saúde social e psicológica; e por se relacionar diretamente com os indivíduos que necessitam de atenção a saúde, a atuação de enfermagem fundamentalmente possibilita o planejamento e a implementação de cuidados também essenciais para restauração da saúde destes indivíduos.

Metodologia

A metodologia escolhida para a realização deste estudo foi do tipo pesquisa bibliográfica, onde o estudo desenvolvido tem caráter descritivo e exploratório, envolvendo a análise das publicações sobre o tema a partir da década de 90.

Como instrumentos de pesquisa foram utilizadas bases de dados científicas, sendo que foram escolhidas com principais fontes a SCIELO, a BIREME e a MEDLINE, além de outros sites científicos, com os seguintes descritores: “depressão. envelhecimento. doenças clínicas. assistência de enfermagem”; e também artigos e livros da área de enfermagem com publicação/edição compreendidas entre os anos da década de 1990 e o ano de 2013; o número de artigos, relacionados à temática, utilizados para a construção do presente artigo, foi no total de 29 artigos, dentre os quais estão presentes 2 dissertações de mestrado. Após análise dos arquivos, como resultados podemos destacar a construção dos seguintes tópicos: “A imagem social do idoso”; “O idoso e a família: a importância da família na manutenção da saúde do idoso”; “Envelhecimento saudável: concepção da saúde física atrelada à saúde psicossocial”; “Depressão na terceira idade”; “Depressão associada a doenças clínicas”; “o enfrentamento da depressão em idosos na atenção primária e o papel do enfermeiro”; “O cuidado de enfermagem diante da depressão em pacientes clínicos na terceira idade”.

Resultados e discussão

A imagem social do idoso

A velhice, de acordo com a OMS, tem seu início marcado cronologicamente a partir dos

65 anos de idade (já no Brasil, a idade que marca o início desta etapa, são os 60 anos)⁵, onde as principais alterações psicofisiológicas começam a surgir com mais intensidade, sendo então considerado um período demarcado por mudanças que decorrem de um declínio geral⁶.

A relação que é estabelecida entre o idoso e a sociedade na qual este é inserido é caracterizada por dificuldades que impedem que o idoso venha a se adaptar plenamente às novas situações e condições que porventura surgirão⁷.

Estas dificuldades podem tanto ser evidenciadas no aspecto emocional/afetivo, como no aspecto funcional, e geram desconforto quanto à necessidade de manter-se em atividade ocupacional e social, visto que o idoso geralmente é estigmatizado e “obrigado” pelo sistema social a afastar-se de seus antigos papéis exercidos enquanto indivíduo em idade adulta “apta”.

Conforme Monteiro⁸, reconhecer as experiências vividas ao longo da existência promove ao idoso a oportunidade de adquirir aspectos diversificados que irão auxiliá-lo numa melhor e mais completa adaptação ao meio e às novas situações.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da implementação de novas políticas públicas, vem garantindo mudanças na atenção à saúde do idoso, onde efetivamente é possível observarmos a inserção de idosos com preservação de sua autonomia nos espaços sociais⁵.

Com o estabelecimento da agenda de compromissos, que culmina na elaboração do Pacto pela Saúde, a partir do ano de 2006, foi possível fixar algumas metas através dos três componentes (sendo eles: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do Sus; Pacto de Gestão do Sus) para melhor direcionar a atenção à saúde da população idosa. Prioritariamente no pacto pela vida, uma das metas que se relaciona à saúde do idoso é a implementação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que busca integralidade da assistência ao idoso no âmbito do sus, definindo a Atenção Básica como porta de acesso aos serviços de saúde primários e também referência para atendimentos de média e alta complexidade.^{9 10}

Esta mesma política volta-se a manutenção do idoso socialmente ativo, além de priorizar a preservação da independência em todos os aspectos o que se traduz em saúde para esta faixa etária da população. Considera-se como desafio generalizado nesta política, ainda nos dias

atuais, a deficiência de suporte assistencial especializado à saúde do idoso, onde merece destaque a ausência de profissionais com conhecimento necessário; unidades de cuidado ao idoso no SUS em número insuficiente para atendimento da demanda espontânea. Outro desafio que se destaca é a dificuldade do cumprimento do que se prevê no Estatuto do Idoso em relação aos serviços de cuidados domiciliares, que tornaram-se precários, atribuindo estão à família, maior responsabilidade pela promoção da saúde do idoso, como estudaremos em seguida¹¹.

O idoso e a família: a importância da família na manutenção da saúde do idoso

A Constituição Brasileira de 1988 responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo acolhimento e cuidado ao idoso, além do provimento de condições que assegurem a participação destes indivíduos na vida social, manutenção da dignidade e o direito à vida¹².

Dentre as instituições elencadas acima, atribui-se maior importância à família visto que esta se constitui, entre outros aspectos, como centro fornecedor e promotor de saúde (atuando também na prevenção e tratamento de doenças) para seus membros.

Como elo fundamental para a manutenção da saúde do idoso, a família também exerce o imprescindível papel de elemento construtor de diagnóstico da maioria das alterações no processo de envelhecimento¹³, pois frente à multiplicidade de sinais e sintomas (que comumente se apresentam repetidamente nas doenças específicas da terceira idade), o conhecimento das condições de relacionamento familiar, o ambiente físico e o estado psíquico do idoso, possibilitam aos profissionais de saúde a exata detecção da enfermidade a ser tratada e solucionada¹⁴.

As mudanças na estrutura e no perfil social familiar descaracterizam algumas possibilidades de tratamentos pré-existent¹⁵. A presença do idoso em famílias nucleares (em lugar de famílias numerosas) pode trazer como consequência, em caso de necessidade, a institucionalização, visto que a assistência prestada ao familiar idoso poderá ser tumultuada por dificuldades que cercam a relação entre os cuidadores e o paciente idoso, pois uma das dificuldades encontradas geralmente refere-se à

sobrecarga de um cuidador (responsabilizado por este cuidado) com grau de parentesco mais próximo àquele paciente¹².

Além disto, outras dificuldades notadamente presentes se referem à restrição ou falta de conhecimento acerca da dimensão da enfermidade, o que inibe o enfrentamento da doença pelo cuidador (pois inicialmente, há uma focalização maior na causa da patologia em detrimento de explicações sobre os cuidados que devem ser tomados a partir do novo contexto familiar).

Exemplificando isto cabe citar aqui o que diz Scharodosim¹⁶:

“A família, hoje, encontra dificuldades em administrar os cuidados com o idoso devido a vários fatores, entre eles podem-se destacar: casas menores, em razão dos problemas de ordem econômica habitacional; a mulher passa a trabalhar fora, buscando sua independência e realização profissional; necessidade do idoso para que alguém o atenda em todos os seus cuidados básicos, como o banho, alimentação e administração de remédios na hora certa”.

O conjunto de obstáculos encontrados pelos familiares pode caracterizar um cuidado incompleto ao idoso e agravar ainda mais o estado de saúde deste. Para que haja o retorno à totalidade do cuidar existem políticas sociais (“importantes pilares na constituição do bem-estar das pessoas idosas”¹⁵) que objetivam a manutenção da saúde do idoso, o preparo da família para situações de fragilidade e para a finitude da vida, facilitando a compreensão, evitando desgaste emocional da maioria dos familiares e possibilitando então, maior sobrevivência aos idosos e aos cuidadores¹⁷.

Com isto, a valorização do processo de cuidar pelas famílias sinaliza parceria para que os profissionais de saúde voltem seus cuidados também aos familiares quanto aos possíveis agravos de saúde destes e ainda forneçam orientações específicas e necessárias ao bom cuidado.

Envelhecimento saudável: concepção da saúde física atrelada à saúde psicossocial

Envelhecer saudavelmente não se resume à simples ausência de doenças, mas envolve também a busca constante e manutenção da boa

qualidade de vida. De acordo com Valença¹⁸, na terceira idade, “o conceito de qualidade de vida depende muito dos valores que as pessoas idosas têm, considerando-se a classe socioeconômica da qual fazem parte, as características da comunidade em que vivem, o contexto familiar, as condições de saúde, etc.”. A qualidade de vida relaciona-se diretamente com a existência de condições ambientais que permitem aos idosos o desempenho de comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos.

Neri¹⁹ assegura ainda que, a promoção da boa qualidade de vida na velhice ultrapassa os limites pessoais, assumindo o caráter sociocultural e decorre da qualidade da interação entre pessoas e a sociedade em ritmo contínuo de mudanças. Então envelhecer saudavelmente depende do equilíbrio entre as limitações e possibilidades de cada indivíduo, descobertas ao longo da existência.

Deste modo, na velhice é importante que haja estímulo (não só por parte da sociedade que cerca o idoso como da família) para a realização de atividades que mantenha este idoso cada vez mais envolvido com o meio social, pois segundo Neri¹⁹, desempenhar atividades aliadas ao suporte social “podem contribuir para reforçar o sentimento de valor pessoal”, fortalecendo também o sentimento de auto eficácia e assim facilita a condução de situações que o idoso se depara em função de suas perdas pessoais (físicas e emocionais), pois proporcionar ao idoso oportunidades de escolhas, responsabilidade pessoal ou controle, traz consigo os efeitos positivos de ajustamento psicossocial e bem-estar.

Considerando que todas estas alterações biopsicossociais são originadas naturalmente da terceira idade, pressupõe-se que este indivíduo, ao ser acometido por algum agravo de ordem clínica, expõe-se cada vez mais ao surgimento da depressão. Assim, vê-se este surgimento em resposta reativa atrelada principalmente a preocupações com possíveis condições incapacitantes advindas com doenças de ordem clínica.

Depressão na terceira idade

Dentre as principais características psicológicas do processo de envelhecer, encontra-se a tendência ao desenvolvimento da depressão devido à conscientização das perdas funcionais e sociais que a senescência traz consigo⁶.

Existem inúmeros fatores responsáveis pelo desencadeamento dos quadros depressivos na população da terceira idade, pois as modificações (biológicas, psicológicas e sociais) às quais esta faixa etária populacional está sujeita são de grande amplitude e aumentam consequentemente a vulnerabilidade da ocorrência da depressão²⁰.

Descrições sobre estes fatores são construídas na tentativa de explicar especificamente um único determinante para a ocorrência do transtorno depressivo, mas atualmente nenhum fator isolado assim como nenhuma teoria explica satisfatoriamente o princípio dos sintomas depressivos e da depressão propriamente diagnosticada e ainda é válido considerar que há fatores considerados predisponentes e outros reconhecidos desencadeantes¹⁹.

No conjunto de variantes biológicas estão inclusas: modificações hormonais (alterações passíveis de ocorrência no eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal, que afeta o nível de cortisol; no eixo tireoidiano e no ritmo circadiano); genéticas (associando-se tanto aos quadros depressivos unipolares quanto aos bipolares); do metabolismo dos neurotransmissores. Assim as alterações metabólicas e circadianas tornam-se evidentes, em maior frequência, em situações onde o organismo é submetido a estresse, manifestando-se como uma menor capacidade adaptativa²⁰.

Algumas variáveis psicológicas desenvolvem métodos para o estudo e compreensão do tratamento do transtorno depressivo especificamente nesta idade. Em geral as perdas transformam-se em perda de identificação e em alterações comportamentais como reação psíquica^{21, 20, 19}.

Variáveis sócio culturais envolvem as restrições impostas inevitavelmente pela sociedade e pelos acontecimentos na vida, bem com as transformações adaptativas relacionadas a estes acontecimentos, contudo, o suporte social oferecido aos indivíduos através de políticas sociais governamentais, ou até mesmo de formas não oficiais, podem contribuir significativamente de forma positiva para uma boa adaptação ao novo contexto social^{22, 23}.

Entre os fatores descritos existem alguns que com o passar do tempo expressam-se em menor proporção, assim, Farfel e Fernandez²⁴ apontam que em relação ao fator genético, há a redução da expressividade com a idade; no que

concerne ao sexo, ao longo dos anos, a prevalência maior ainda concentra-se no feminino.

Assim o quadro clínico da depressão no idoso pode apresentar maior variabilidade, dificultando o fechamento do diagnóstico pela presença de sintomas indicando deficiências cognitivas, pois dificuldades nas áreas de memória, concentração, atenção, orientação, entre outras, colocam de forma específica a necessidade de discriminar os sintomas e verificar se eles se enquadram ou configuram melhor como componentes determinantes de outro diagnóstico, como por exemplo, a demência^{23, 20}.

Depressão associada a doenças clínicas

Doenças clínicas e depressão são fatores comumente presentes em associação na saúde do idoso, o que reflete na maioria dos casos em falta de motivação ou preocupação excessiva com a situação clínica a qual o idoso foi acometido, onde a depressão pode ser identificada como causa ou consequência (entendida na maior parte dos casos como fator de complicação) de uma doença clínica bem como de seu tratamento, isto é constatado quando os sintomas depressivos são manifestos secundariamente às modificações físicas decorrentes do distúrbio apresentado; por isso é difícil estabelecer o limite em que a depressão se relaciona com as alterações biológicas ou a maiores consequências físicas e psicossociais de uma doença mais grave^{23, 20}.

Geralmente esta relação é complexa, mal interpretada e negligenciada, implicando assim em alterações mais severas que podem levar à morte.

Existem alguns distúrbios clínicos que poderão apresentar, em seu quadro diagnóstico, sintomas que não se distinguem daqueles presentes em um quadro depressivo.

O percentual de incidência da depressão no câncer, descrito em estudos anteriores, na população geral é estimado entre 10% a 25%^{25, 26}. Assim, no câncer, destacam-se, como sintomas depressivos comuns: a perda de energia, anorexia e perda de peso. Conceber erroneamente transtornos depressivos como conjunto de sintomas comum ao câncer trazem graves prejuízos ao paciente, portanto se faz necessário a rápida observação a cerca da co-morbidades para intervenção terapêutica eficaz (tanto medicamentosa quanto psicossocial)^{27, 28, 29}.

Sintomas depressivos podem também

correlacionar-se diretamente ao diabetes (devido às diversas alterações que podem decorrer do curso clínico desta morbidade), pois conforme Ballone³⁰,

“Há, sem dúvida, uma interação psicológica e comportamental entre o diabetes e a depressão, e ambos passam a ser de controle mais difícil, aumentando os riscos das duas doenças. As complicações da diabetizem respeito aos problemas cardiovasculares, retinopatia diabética levando a cegueira, neuropatia, e a outras. Um dos inconvenientes de não se tratar a depressão do diabético é o sintoma do desencantamento para com a vida, proporcionando assim uma baixa aderência ao tratamento do diabete, controle inadequado dos níveis de açúcar no sangue, bebidas em excesso e aumento do risco de complicações da doença.”

Nota-se também, que alterações neuroquímicas e hormonais da depressão possuem efeitos hiperglicemiantes as quais acarretam distúrbios no metabolismo glicêmico e concomitantemente a isto o diabetes possui efeitos neuroquímicos sobre os sistemas centrais da serotonina, noradrenalina e dopamina, cuja consequência é a redução da função destas e outras monoaminas cerebrais³¹.

Deste modo, os sintomas depressivos no diabetes afetam a capacidade produtiva dos pacientes diabéticos, aumentam o risco da presença da obesidade, e caracteristicamente atingem pessoas de menor nível educacional gerando também pior suporte social; e entre outras complicações.

A relação de interferência entre o prognóstico da hipertensão e a depressão ocorre devido a diversos fatores, dentre eles encontra-se a baixa cooperatividade dos pacientes em relação ao tratamento medicamentoso da HAS, pois os sintomas depressivos como falta de energia e de iniciativa, da desesperança e do déficit cognitivo, influem diretamente nesta situação. E ainda assim, mesmo que haja adequabilidade e adesão ao uso de medicações, como efeito adverso, os anti-hipertensivos podem causar sintomas depressivos, que podem ser marcadores de hipertensões mais graves^{31, 32, 33}.

Pesquisas anteriores revelam que os sintomas somáticos de depressão isolados são comuns na população com doenças clínicas (fato este ainda mais evidente na população idosa)³⁴, mas que dois ou mais desses sintomas raramente

são encontrados em um paciente sem que ele tenha manifestações psicológicas de depressão.

Frente a isso é pouco provável que um paciente que apresente tanto insônia terminal, quanto perda de libido, não venha a apresentar sentimentos de tristeza, desesperança ou dificuldade de concentração.

No contexto de uma doença clínica, o médico deve diferenciar os sintomas de depressão maior não só daqueles dos transtornos da adaptação e de reação patológica à doença, mas também daqueles que são manifestação direta da própria doença clínica³⁰.

Associando-se às doenças clínicas, torna-se difícil discernir a gênese da depressão, visto que, existe um embasamento real para o sentimento de tristeza (angústia) associado a uma doença clínica grave, e devido a sintomas somáticos, como anorexia ou perda de energia que possam ter possível decorrência de doença clínica.

Teng, Humes e Demétrio²⁷ descrevem, com base em estudos anteriores, alguns fatores que contribuem para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão no contexto de doença clínica, entre estes se incluem:

1. Ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas.
2. Relutância em estigmatizar o paciente com um diagnóstico psiquiátrico.
3. Sintomas de depressão muito leves ou pouco específicos; sintomas físicos comuns à depressão e as condições clínicas, tais como: fadiga, diminuição de apetite, dores, alterações do sono e perda de peso. Presença de irritabilidade como traço marcante de depressão, e não da tristeza (ver critérios DSM-IV).
4. Medo dos efeitos colaterais dos antidepressivos.
5. Noção equivocada de que “depressões reativas” não são patológicas, os sintomas de depressão são “reações normais” à condição médica.
6. Falta de tempo para uma abordagem psiquiátrica, ou falta de treinamento para tal; dificuldades pessoais do profissional de saúde em lidar com o

adoecer psiquiátrico.

Algumas posturas são utilizadas para realizar o diagnóstico diferenciado da depressão no contexto médico, contudo, estas ainda não permitem que se adote um único e específico padrão de determinação. Assim Lafer²⁰ descreve-as:

1. Excluir dos critérios de depressão os sintomas somáticos que se superpõem a sintomas de outras doenças encontradas no contexto médico. Essa postura garante uma maior especificidade mas, por diminuir muito a sensibilidade, não tem utilidade clínica, possuindo apenas valor limitado para pesquisa.
2. Incluir os sintomas como sendo depressivos independentemente da causa. Aumenta a sensibilidade do diagnóstico, mas, ao perder a especificidade aumenta de modo distorcido a prevalência da depressão. Possui pouca utilidade para a pesquisa. Na prática clínica, pode ser utilizada quando permanece a dúvida em relação à etiologia.
3. Na abordagem etiológica, o sintoma só é incluído como sendo depressivo se não for decorrente de uma condição médica [...]. Na prática clínica, essa abordagem deve sempre ser utilizada. Em pesquisa, entretanto, possui a limitação de perder a confiabilidade pela dificuldade de se estabelecer de modo objetivo e padronizado a etiologia dos sintomas como sendo decorrentes de uma condição médica ou não.
4. No critério subjetivo, incluem-se sintomas psíquicos em lugar de sintomas físicos comuns às condições médicas. Com isso deixa-se de incluir pacientes depressivos com poucas manifestações psíquicas [...].

A depressão como consequência de doença clínica, pode também estar associada à utilização de terapia farmacológica, em que algumas medicações evidenciam o transtorno depressivo (caracterizado como efeito adverso). Exemplificando isto elencam-se: terapias

antineoplásicas - o uso de interferon e da interleucina-2, vimblastina, vincristina e ciproterona, além de outros quimioterápicos e corticosteroides (prednisona, dexametasona); os agentes antidepressivos presentes em medicações (antidepressivos tricíclicos) associam-se a alterações do controle glicêmico²⁷.

O enfrentamento da depressão em idosos na atenção primária e o papel do enfermeiro

No atual contexto de saúde do Brasil, o Ministério da Saúde, propõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com intuito de organizar a atenção básica (primária), classificando-a como principal porta de acesso às ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS³⁵.

Atendendo aos princípios da integralidade, universalidade e equidade, a atenção à saúde mental dos usuários na atenção básica, começou a ganhar importância a partir do ano de 1992, com o crescente manifesto da sociedade apoiado no Projeto de Lei Paulo Delgado (a posteriori Lei 10216/2001) que propunha a substituição da atenção psiquiátrica hospitalar por serviços na rede integral de saúde mental (atualmente o CAPS e o NASF são considerados dois espaços estratégicos importantes da atenção à saúde mental, integrantes desta rede)^{35,36}.

As atividades atribuídas ao enfermeiro e realizadas por este na atenção básica, assim como nos outros níveis de atenção à saúde, são consideradas essenciais para a promoção da saúde dos pacientes nas instituições de saúde, por ser o enfermeiro o profissional que está mais próximo do usuário (desde o acolhimento até os momentos finais do atendimento), e este contato permite que este profissional faça um atendimento integralizado, conhecendo todas as necessidades psicofisiológicas dos pacientes e intervindo nas mesmas através de suas diversas ações³⁷.

Em relação aos idosos, o contato com o enfermeiro é de grande importância, pois há o desenvolvimento de atividades preventivas através da educação em saúde, facilitando na maioria das vezes o processo de adaptação às mudanças físicas, e sociais que interferem na saúde mental dos indivíduos idosos. As medidas de promoção e proteção da saúde devem sobrepor à realização das atividades curativas, ou seja, deve haver a prevenção de agravos antes de

evolução clínica para diagnósticos fechados, pela equipe multiprofissional, e que necessitem de atenção especializada^{38,39}.

Para isto é necessário que haja implementação de estratégias, no sentido de informar os usuários (idosos), cumprindo diretrizes estabelecidas na Política Nacional da Saúde do Idoso. Cabendo destacar dentre tais diretrizes, a garantia da assistência a todas as necessidades de saúde do idoso, seja no espaço domiciliar, ambulatorial ou hospitalar^{10,40}.

Como já descrito anteriormente, a depressão apresenta sintomas que podem ser considerados inespecíficos, os quais na maioria das vezes levam a um diagnóstico errôneo. Para que haja o esclarecimento de que o distúrbio apresentado seja a depressão, uma análise sobre a história clínica atual do paciente, sobre os antecedentes pessoais e familiares é necessária, sendo mais relevante a investigação de possíveis episódios prévios tanto no paciente quanto na família, tratamento do quadro, ideação suicida e risco de suicídio²⁰.

Alguns outros artigos estudados^{37, 41,42}, apontam que a maioria dos profissionais de enfermagem sentem-se despreparados para intervir nas demandas na área de saúde mental apresentadas pelos usuários na ESF, principalmente junto aos idosos. Isto denota que ainda na fase de graduação há um ensino focado no atendimento hospitalar, deixando o aprendizado sobre as atividades de intervenção primária, necessárias ao atendimento do portador do transtorno depressivo na atenção básica, e onde geralmente, se prioriza outros cuidados com perfil mais generalista.

O cuidado de enfermagem diante da depressão em pacientes clínicos na terceira idade

Caracteristicamente a depressão diante de uma situação clínica mostra que possíveis fatores estressantes (relacionados à gravidade da doença clínica; dor; iminência de incapacidade; desconforto; entre outros) apresentam maior importância no desencadeamento e na gravidade do transtorno depressivo^{43,44}.

Esta associação entre depressão com outras condições médicas pode ter sua ocorrência determinada, conforme Botega⁴⁴, como: reação de ajustamento com humor depressivo; depressão secundária; transtorno depressivo induzido por medicamentos; episódio depressivo; condição

médica desencadeada ou agravada por transtorno depressivo.

Embora a depressão possa ser vista apenas como reação psicológica normal diante do enfrentamento de uma doença clínica de grande impacto, ela envolve mudanças fisiológicas que interferem no curso desta doença²⁶.

Na terceira idade, a hospitalização devido a situações agudas e crônicas tende a aumentar, visto que neste período da vida o surgimento de multipatologias é frequente. A necessidade de hospitalização caracteriza-se como episódio que envolve muitos significados especiais que precisam ser avaliados (medo da dependência física e/ou a percepção de que a morte se aproxima)³⁹.

A internação hospitalar está associada aos problemas e riscos que são inerentes dos idosos neste contexto, pois as próprias condições fisiológicas e alterações do papel social desfavorecem o equilíbrio psíquico e manutenção da auto-estima para o enfrentamento eficaz das alterações advindas com a doença. Assim para Carvalhais e Sousa⁴⁵,

“Nestas circunstâncias, as alterações no ritmo e contexto de vida inerentes as internações hospitalares acabam por ter efeitos mais graves, como as quedas que são mais frequentes, devido à diminuição da visão periférica e pela dificuldade em encontrar os óculos num contexto diferente do habitual; o ciclo de descanso e sono é alterado e o idoso sente-se desorientado. Em resultado, a depressão é comum, mesmo nos pacientes que não se apresentam deprimidos, porque o novo ambiente acentua a sensação de incompetência e pode decorrer uma diminuição do funcionamento cognitivo, devido à desorientação que os novos ritmos hospitalares e diferentes medicações causaram no idoso”.

Promover a educação em saúde junto aos pacientes idosos, independente de ter a associação entre depressão e doenças clínicas, constitui-se como papel principal na atuação da enfermagem, pois baseando-se no conhecimento do processo de senescência, o profissional direciona a construção do processo de enfermagem para a reabilitação, resgatando principalmente o autocuidado^{46,47}.

Assim a assistência planejada individualizada permite a identificação dos reais problemas do paciente, evitando-se potenciais agravos. Ao se desenvolver o processo de enfermagem a fim de restaurar psicofisicamente o paciente com evidente quadro depressivo, é importante que os diagnósticos de enfermagem e

resultados sejam reconhecidos para que, então, se elabore as intervenções conforme a gravidade dos sintomas percebidos pelo enfermeiro⁴⁰.

Objetivando a promoção do tratamento específico a transtornos mentais, mesmo que, em hospitais não específicos ao serviço de psiquiatria; a permuta do modelo assistencialista centrado na doença para uma assistência focada no paciente; valorização da relação entre profissional-doente, edificando a análise situacional de ambos no contexto hospitalar; e principalmente levar as outras especialidades médicas para mais próximo da psiquiatria, a interconsulta é concebida como método relevante e por tanto, imprescindível para obtenção de informações necessárias para subsidiar a tomada de decisões sobre a situação apresentada⁴⁵.

A percepção de sintomas pelo profissional responsável pela avaliação inicial, juntamente com a evidenciação da história de vida do cliente, enriquece a assistência, possibilitando o estabelecimento do cuidado de forma holística^{44,45}.

Tratar a depressão associada a uma doença clínica se faz importante não só porque o transtorno do humor pode comprometer a qualidade de vida, como também intervir neste contexto analisando-se psiquiatricamente pode reduzir a demora na escolha certa dos cuidados de saúde, reduzindo a morbimortalidade e estender o tempo de sobrevida do paciente⁴⁸.

A intervenção psicoeducacional aberta ao cliente, família e amigos interessados em auxiliar o tratamento (estímulo ao paciente a aderir corretamente ao tratamento) e à aceitação e aprendizado sobre conviver com transtorno de humor, atende às expectativas de resgate e manutenção do padrão de qualidade de vida do paciente e de todos envolvidos com o mesmo. Esta intervenção não abrange apenas o profissional enfermeiro, mas interessa a toda equipe multiprofissional^{44,46}.

Em busca da reabilitação psicossocial, é importante integrar a avaliação da capacidade funcional, cognitiva e emocional, pois como é sabida a multiplicidade de doenças com diferentes graus de gravidade e ainda a associação entre depressão e estas doenças, pode influenciar a vida diária e comprometer as dimensões da funcionalidade humana; e a independência na realização das atividades de vida diária (AVDs) (principalmente na terceira idade) é imprescindível tanto para a satisfação pessoal como manutenção do indivíduo no

contexto social⁴⁰.

As intervenções próprias da enfermagem incluem⁴⁴:

- a. A direta e constante observação do cliente para evitar a concretização das ideias suicidas, mesmo quando os sintomas começarem a regredir;
- b. Voltar a percepção profissional para o esforço intuitivo do cliente em modificar seu comportamento, estimulando assim a autoestima;
- c. Observar cuidadosamente a continuidade de uso das medicações;
- d. Estimular o desempenho de novas atividades para promoção do autocuidado e bem-estar e incentivar a busca de apoio familiar e comunitário (associações, grupos de apoio, entre outros).

No conjunto de resultados esperados a partir destas intervenções, são observadas melhorias no cliente relacionadas à busca de ajuda para evitar sentimentos e prática de ações autodestrutivas; restabelecimento do controle do próprio comportamento (verbalizando sentimento de autovalorização, modificação da postura corporal, demonstra afetividade adequada mostra-se interessado aos eventos da vida, mantém adequação na comunicação com a família, pessoas próximas e participa de atividades de lazer); expressa vontade de viver, reencontrando sentido na vida^{47,48,49}.

Conclusão

Com a concretização do presente estudo, pôde-se observar que no processo de envelhecimento diversos fatores podem contribuir para que este se torne uma fase que preserve ou não a boa condição de saúde do indivíduo. Afim de que esta etapa da vida se constitua uma fase em que as pessoas continuem e acima de tudo se percebam saudáveis, é necessário haver interação positiva entre todos os aspectos que podem contribuir para isto.

Com o propósito de explicar que as alterações fisiológicas próprias do organismo humano podem resultar em doenças que também trazem consigo modificações que exigem adaptação, foi estudada a presença da depressão em conjunto com doenças.

O diagnóstico da depressão na terceira idade é feito baseando-se na análise de fatores que possibilitam a presença dela e na observação das variáveis sociais que influenciam na capacidade adaptativa frente à nova realidade e condição orgânica, portanto entende-se que a depressão durante esta etapa da vida depende da visão do próprio idoso em relação à sua saúde física.

O estudo revisou, ainda, que os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão têm origem multifatorial e que o diagnóstico deve envolver o estudo do relato sobre o impacto trazido pelas modificações sociais e psicológicas trazidas pelas condições físicas impostas com o evoluir da idade.

É importante também ressaltar que como forma de intervir em tempo hábil ou até mesmo prevenir agravos, a equipe multidisciplinar, identifique a presença ou o possível desenvolvimento da depressão nas doenças clínicas, pois grande parte dos profissionais, ainda nos dias atuais, não conseguem detectar para tratar ou até mesmo encaminhar pacientes com problemas de base pertencentes à clínica médica para avaliação e tratamento (se necessário) psiquiátrico.

Percebe-se que na equipe multiprofissional, a enfermagem assume o importante papel da identificação dos problemas relacionados ao surgimento da depressão na doença clínica, intervindo então no processo de reabilitação, recuperando AVDs, autoestima, estimulando ao enfrentamento da co-morbidades e reinserindo o paciente no meio social.

Pode-se concluir que a depressão vem se tornando um distúrbio psicológico (transtorno do humor) em associação comum com doenças clínicas, que às vezes no contexto hospitalar não é detectada, onde os fatores que a podem identificar e desencadear são considerados efêmeros, e por isso nesta relação, a depressão não é tratada, mas é de grande importância que esta associação não seja vista como simples reação psicológica normal, devendo ser observada e tratada o quanto antes.

Referências

1. Busse EW, Blazer DG. *Psiquiatria Geriátrica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
2. Gottlie MG et al. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. *Aspectos genéticos do envelhecimento*.

3. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: ago. 2013
3. Sposito G et al. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: dez. 2013.
4. Brasil MAA. *Comorbidade - Depressão e Doenças Clínicas*. Revista Depressão e Comorbidades: um programa que irá ajudá-lo a quebrar esta corrente. Rio de Janeiro: vol. único, 1996.
5. Torres A, Silva H, Torres D, Firmo W, Chaves A.. Efeitos da prática da caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte, 4, abr. 2013. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/70/68>. Acesso em: ago. 2013.
6. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2002.
7. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: dez. 2013.
8. Monteiro PP. *Envelhecer: histórias, encontros e transformações*. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
10. Ciosak SI et al. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.
11. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Revista da Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, vol. 11 n. 3, set, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478309&indexSearch=ID>. Acesso em: set 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
14. Papaléo Netto M. *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002.
15. Camarano AA et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: _____. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005.

16. ScharDOSim MS. Idosos, familiares e institucionalização: tensões, conflitos e contradições. [dissertação] - Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.
17. Bettinelli LA, Rodrigues MP, Pasqualotti A. (orgs.). Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2008.
18. Valença FL, Teoniolo Neto J, Zenatti CT (org.). Envelhecimento saudável: os segredos de um envelhecimento bem-sucedido: Miguel Graziano 103 anos. Barueri: Minha Editora: Manole, 2008.
19. Neri AL (org.). Qualidade de vida e idade madura. 7ªed. Campinas: Papyrus, 2007.
20. Lafer B et al, Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
21. Lossen PT et al. Transtornos do humor. In: Ebert, MH, Loosen PT, Nurcombe B. Psiquiatria. Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artemed, 2002.
22. Oliveira MF et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800029&lng=pt&nrm=iso. Acesso em ago. 2013.
23. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023&lng=pt&nrm=iso. acessos em out 2013.
24. Farfel JM, Fernandez R. Depressão. In: Jacob Filho W(ed.). Terapêutica do Idoso-Manual da Liga do GAMIA. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 77-98.
25. Regis CE et al . Percepção da doença cardiovascular e depressão em idosos na enfermaria de um hospital universitário de São Paulo. Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo , v. 8, n. 2, jul. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092010000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: out. 2013.
26. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23,n.3, mar/ 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>. Acesso em: out 2013.
27. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v.32, n.3, Junho 2005. Disponível em:<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/103.htm>. Acesso em: jul 2013.
28. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e Câncer. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v.36,supl.3, 2009.Disponível em:<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/s3/103.htm>. Acesso em ago 2013.
29. Graner KM et al. Transtorno do humor em psicooncologia. In: Carvalho VA de (org.), et al. Temas em Psicooncologia. São Paulo : Summus, 2008. p. 243-256.
30. Ballone GJ. Diabetes e Emoções. In: PsiqWeb, Internet Psiquiatria Geral.Campinas: PUC-Capinas, 2005. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: out 2013.
31. Moreira RO. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, v.47, n.1, fev 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: nov 2013.
32. Gonçalves M. Psiquiatria na prática médica. Psiquiatria e cardiologia necessidade de ações conjuntas.Psychiatry online brasil.Brasil,v.17, n.1,jan 2012. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/prat0112.php>. Acesso em: nov 2013.
33. Machado AG. Sintomas de depressão e hábitos de vida em pacientes portadores de hipertensão arterial. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem. São Paulo 2005.
34. Scalco AZ et al . Hipertensão e depressão. Clinics, São Paulo, v. 60, n.3, jun. 2005. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000300010&lng=es&nrm=iso. Acesso em: set 2013.
35. Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. CogitareEnferm, v. 13, n. 3, p. 387-94, 2008.Disponível em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1299>. Acesso em: jun 2014.
36. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. Rev. Latino-AmPsicopatolFund, v. 11, p. 21-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>. Acesso em: jun 2014.
37. Waidman MAP al. Assistência de enfermagem as pessoas com transtornos mentais e as famílias na Atenção Básica. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 3, p. 346-351, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a05.pdf>. Acesso em: jun 2014.
38. Santos GR; Souza JM, Lima LCV. A atuação da enfermagem na atenção à saúde do idoso: possíveis ações a serem realizadas segundo as diretrizes da política nacional de saúde da pessoa idosa. REUNI – REVISTA UNIJALES , 6ª ed., ano 7,2013. Disponível em:http://reuni.unijales.edu.br/unijales/arquivos/20131028113759_267.pdf. Acesso em: jun 2014.
39. Melo Lanzoni GM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a23.pdf>. Acesso em: maio 2014.
40. Oliveira JCA, Santos Tavares DM. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>. Acesso em: maio 2014.

41. Candido MCFS, Furegato ARF. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: jun. 2014.
42. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Junior, ML. La red basica de salud. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16553.pdf>. Acesso em: jun 2014.
43. Maués CR et al. Epidemiologia de idosos internados na enfermaria de clínica médica de hospital público. Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 21, n. 3, set. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000300005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: ago 2013.
44. Botega NJ (org). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
45. Carvalhais M, Sousa L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem. Portugal, v.9, n.3:596-616,2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>. Acesso em: set 2013
46. Diogo MJD. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: out 2013.
47. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri: Manole, 2008.
48. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.6, n.4, out/dez 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/3391/2677>. Acesso em: out 2013.
49. NANDA, Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Definições e classificações, 2007-2008. Trad. GARCEZ, Regina Machado, Porto Alegre: Artmed, 2008.