

DEPRESSÃO EM IDOSOS ASILADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Patrícia Wellen Melo Cândido¹
Altair Seabra de Farias²

RESUMO

Tratou-se de revisão integrativa da literatura, que buscou analisar a publicação disponível na base de dados indexado Scientific Electronic Library On-line (SciELO), entre os anos de 2002 à 2012, sobre a depressão em idosos asilados, expondo como objetivo geral do artigo a identificação dos principais fatores que levam a depressão em idosos asilados, e por objetivos específicos, listar os principais sinais e sintomas no idoso depressivo, com as contribuições do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente com depressão, propondo atividades e estratégias que o estimulem a interação social. Seguindo os critérios de inclusão, dentre 15 artigos selecionado, apenas 07 estudos foram escolhidos para análise. As principais descrições encontradas para depressão foram: uma doença mais comum nos idosos; interfere nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais; o idoso torna-se deprimido; repercute no relacionamento para com os outros; influência na sua qualidade de vida, principalmente nos que encontram-se asilados. O enfermeiro é parte atuante no estímulo ao autocuidado, atuando na prevenção e não-complicação do quadro depressivo, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau diferente de depressão, muitos devido estar em um asilo. O estímulo e ajuda na prática do exercício físico, orientando quando realiza-lo com intensidade moderada e longa duração, propiciam alívio do estresse ou tensão, reduzindo o impacto estressor do ambiente e com isso pode prevenir ou reduzir transtornos depressivos, o que é comprovado pelos estudos pesquisados. Ressalta-se ainda que, com os resultados obtidos, verifica-se que os idosos precisam de, além do acompanhamento familiar e da sociedade em geral, precisam de profissionais da enfermagem que trabalhem de maneira humanizada no atendimento à esse paciente asilado depressivo.

Palavras-chave: depressão em idosos, asilo, enfermeiro.

ABSTRACT

It was integrative literature review, which sought to examine the publication available in the database indexed Scientific Electronic Library Online (SciELO), between the years of 2002 to 2012, about depression in elderly nursing home residents, exposing the general objective of article identifying the key factors that lead to depression in elderly nursing home residents, and for specific goals, list the main signs and symptoms of depression in the elderly, with the contributions of nurses in nursing care for patients with depression, proposing strategies and activities that stimulate social interaction. Following the inclusion criteria, among 15 selected articles, only 07 studies were selected for analysis. The main descriptions were found for depression: a disease more common in the elderly; interfere in its biological, psychological and social, the elderly become depressed; rebounds in relationship to others; influence on their quality of life, especially in those are asylum seekers. The nurse is an active part in stimulating self-care, prevention and acting in non-complication of depression, individualized care from the principle that each elderly person will have a different degree of depression, many due to being in an asylum. The stimulus and aid in physical exercise, guiding when it performs with moderate intensity and long duration, provide relief from stress or tension, reducing the stressful impact of the environment and thus may prevent or reduce depressive disorders, which is proven by studies surveyed. It is also noteworthy that with the results, it appears that the elderly need, and monitoring family and society in general need of nursing professionals who work so humanized in compliance with this patient depressive asylee.

Keywords: depression in the elderly, asylum nurse

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Laureate International Universities (Uninorte). Manaus – Amazonas.

² Mestre e Doutorando em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Professor da disciplina: Enfermagem saúde mental. Trabalho de Conclusão de Curso no Curso de Graduação em Enfermagem da Laureate International Universities (Uninorte). Manaus – Amazonas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em proporções. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa.

É definido de acordo conforme os autores pesquisados, como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Com o envelhecimento, muitas famílias, por diversos motivos, optam por manter o idoso em um asilo. Atualmente, casas lares para idosos são encontradas em todo Brasil. São cobrados, total ou parcialmente do idoso ou de seus familiares os cuidados oferecidos que, às vezes, deixam muito a desejar pela precariedade e qualidade do atendimento profissional.

A depressão é uma enfermidade mental que acomete a humanidade há milhares de anos. É considerado hoje em dia um problema de saúde que afeta pessoas de todas as idades, levando-as ao sentimento de tristeza e isolamento social, que muitas vezes tem como desfecho o suicídio.

Segundo Pacheco (2002), no idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais.

As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventuais vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.

Para Sadock (2007), os sintomas geralmente apresentados pela depressão são associados à perda de interesse, sentimento de tristeza e desprazer para realizar atividades comuns, podendo ser mais comum em idoso do que em outras faixas etárias da população.

Normalmente estão relacionados com a situação socioeconômica baixa, perda de conjuge, algum tipo de doença física e o isolamento social.

Quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, assume importância basilar o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009).

Com isso, surge a depressão, um dos transtornos mais comum entre idosos asilados, já que, segundo dados da OMS, a depressão lidera a lista das doenças incapacitantes, tanto nos países desenvolvidos como nos do Terceiro Mundo. Assim, a escolha do tema, quanto aos fatores que levam os idosos á depressão, as questões das políticas de saúde dos idosos e a nossa visão de profissionais de saúde quanto essa questão e o que podemos fazer para minimizar essas complicações que interferem na vida dos idosos.

OBJETIVO

Analisar a publicação disponível nas bases de dados indexados sobre a depressão em idosos asilados.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre o tema depressão em idosos asilados, entre 2002 a 2012. Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes, conforme Lanzoni; Meirelles (2011).

Lanzoni; Meirelles (2011) mostram que a revisão integrativa da literatura propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos

resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.

A coleta de dados ocorreu com a recuperação dos artigos indexados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO), abrangendo a vasta coleção de periódicos brasileiros disponibilizados em textos completos e *on-line* por meio das seguintes palavras-chave contidas nos resumos: *depressão em idosos*, separadas pelo operador booleano *and*. Onde foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; aqueles publicados no idioma português, entre os anos 2002 à 2012. O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão “termo exato”, associada aos descritores específicos. O critério de exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados.

Do material obtido, procedeu-se à leitura minuciosa de cada pesquisa, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Para a organização e tabulação dos dados, as pesquisadoras elaboraram instrumento de coleta de dados contendo: título, periódico, ano de publicação, país do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo, referencial teórico, método de análise, enfoque, depressão, sintomatologia do idoso depressivo, contribuições do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente. Seguindo os critérios de inclusão, 07 estudos foram selecionados para análise, os quais são referenciados no presente texto.

Procedeu-se à análise bibliométrica para caracterização dos estudos selecionados. Posteriormente, foram extraídos os conceitos abordados em cada artigo e de interesse dos autores/pesquisadores. Os trabalhos foram analisados, comparados e agrupados por objetivos no conteúdo, sob a forma de categorias empíricas, sendo construídas três categorias para análise: sintomatologia da depressão, depressão no idoso asilado, enfermeiro e a depressão no idoso.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Iniciando com a análise dos estudos selecionados, os mesmos foram classificados quanto à categoria de publicação, especificados da seguinte maneira: 42,85% (03) artigos originais, 28,57% (02) estudos de revisão de literatura, 14,29% (01) estudo de campo e 14,29% (01) relato de experiência.

Relacionando os anos de publicação dos artigos em análise nos anos de 2002 a 2012, 14,29 % (01) 2002; 14,29% (01) 2004; 28,57 % (02) 2009 e, em destaque, 42,85% (03) 2010, mostrando que a abordagem do tema obteve maior destaque nos últimos anos.

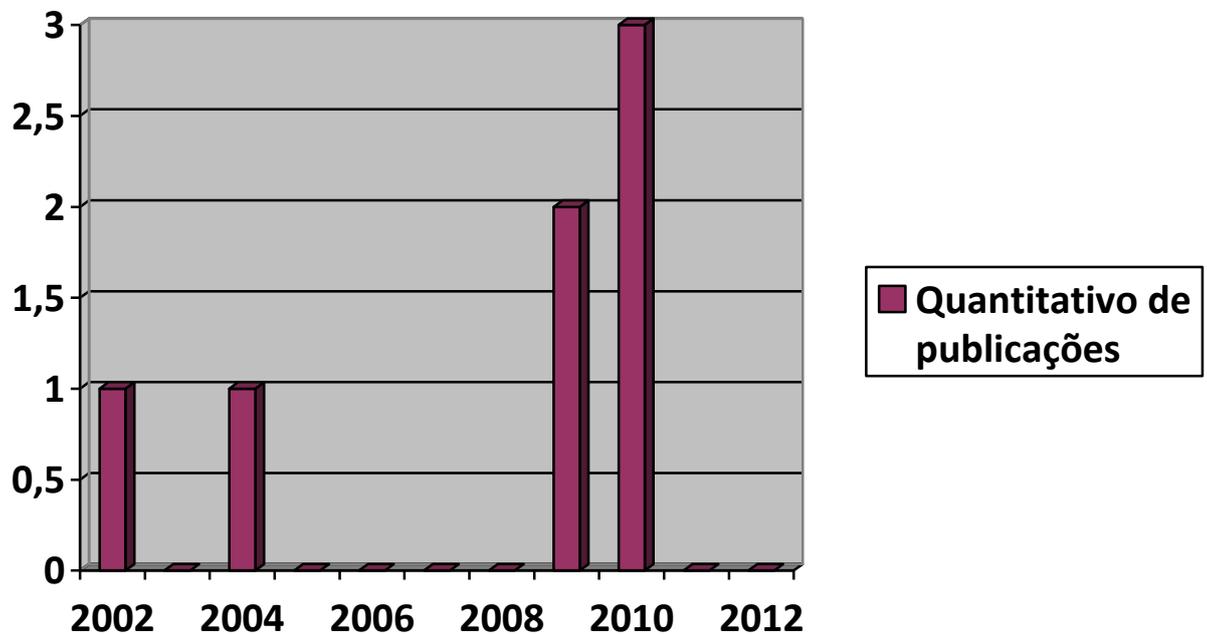


Fig. 1 – Distribuição dos estudos selecionados por ano de publicação, 2012.

No paradigma metodológico, dividiu-se em estudos quantitativos 28,57% (02) e qualitativos 28,57% (02) e quantitativos/qualitativos 42,86% (03).

Classificando quanto ao contexto, unidade básica da família 14,29% (01), base populacional em zona urbana % 14,29 (01), ambiente psiquiátrico 14,29% (01), comunidade 14,29% (01), asilo 14,29% (1), ambiente hospitalar 28,55% (02).

Baseado em referencial teórico, envelhecimento populacional, assistência e saúde do idoso 14,29% (01), depressão no idoso, sintomatologia, atividade física, qualidade de vida,

fatores sócio econômicos, gênero de saúde, estudo prospectivo, população geriátrica, enfermagem, saúde do idoso 85,71% (06).

Em relação ao profissional abordado, 28,57% (02) enfermeiro, 28,57% (02) médicos em geral, 28,57% (02) diversos profissionais da área de saúde, 14,29% (01) profissional de educação física, ou seja, os profissionais que estão na linha de frente no cuidado ao paciente idoso, enfermeiro e médico, são os mais abordados no enfoque quanto ao idoso depressivo.

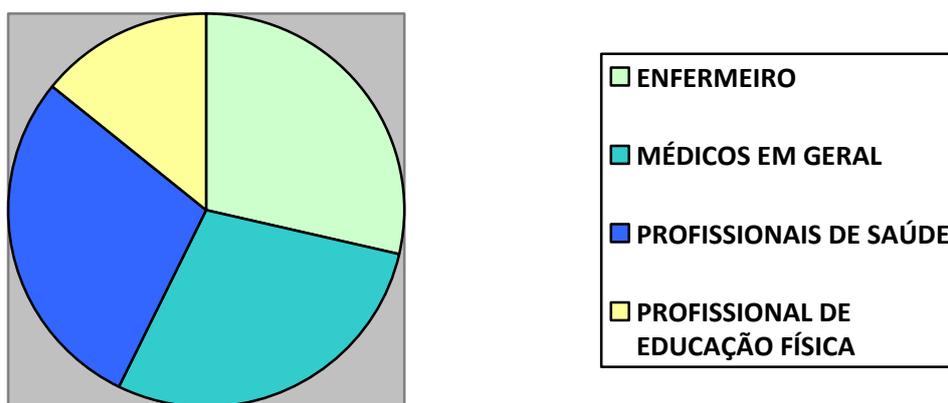


Fig. 2 – Distribuição por abordagem profissional, 2012.

FATORES DE RISCO NA DEPRESSÃO

Segundo Bollone (2002), o idoso está numa situação de perdas continuadas, como seja a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do *status* ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por gerar síndromes depressivas.

Pacheco (2002) descreve que enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas – do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho – bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do

investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão.

Cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais e escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões, à desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade, resultam em isolamento e, conseqüentemente um quadro depressivo (VERAS, 2009).

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO IDOSO

O diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada, com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. Estes são procedimentos preciosos para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstico, especialmente em função da maior prevalência de comorbidades e do maior risco de morte (STELLA, 2002).

Segundo Caldas (1998), é comum que as pessoas que têm depressão ou transtornos depressivos se apresentem com queixas variadas que, embora incomodem bastante, não corresponde a alguma doença orgânica específica. Frequentemente, são queixas que aparecem só quando a pessoa está deprimida e tendem a desaparecer quando o quadro melhora. São pessoas que se queixam ao mesmo tempo de vários tipos de sintomas.

Entre as queixas mais comuns podemos citar: estão sempre se sentindo cansadas, sem ânimo para nada; acreditam que são culpadas pelo seu sofrimento, que não são capazes de realizar nada, de enfrentar as dificuldades; não têm esperança no futuro, não acreditam que as coisas vão melhorar; reclamam de dor: dor de cabeça, dor no estômago, dor no corpo; têm alteração do sono (dormem muito, ou então, têm insônia); têm alteração no apetite (sentem muita fome, ou então, perdem o apetite); têm alteração de peso (engordam porque começam a comer mais do que estão acostumadas, comem a toda hora, ou emagrecem porque perdem o apetite e não comem o suficiente); reclamam de palpitação, falta de ar; queixam-se de alterações digestivas: sensação de queimação no estômago, cólica, diarreia.

O diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada, com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem.

Stella (2002), relata que alguns aspectos relevantes devem ser observados e analisados pelo enfermeiro, pois a depressão no idoso costuma manifestar-se por meio de queixas físicas frequentes e associada a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que imprimem sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia, e que induzem à hospitalização ou institucionalização. Por outro lado, a depressão nesses pacientes agrava as enfermidades clínicas gerais e eleva a mortalidade.

Segundo Fernandes (2000), a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão. De fato, as sociedades ditas civilizadas e modernas privilegiam a juventude em relação à velhice. Os idosos são excluídos da produção, muitas vezes contra a sua própria vontade, porque ninguém lhes dá emprego, tornando-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, consumindo recursos de saúde porque ficam doentes, adoecendo mais porque não têm recursos para a saúde. Neste cenário forma-se um deplorável círculo vicioso, que leva os idosos não vivam, mas sobrevivam numa sociedade quase sempre hostil, recebendo as ajudas caridosas que esta se digna oferecer-lhe.

A situação torna-se ainda mais grave se analisarmos a questão dos residentes em instituições. Estes, no mínimo estão separados do seu ambiente familiar habitual, rodeados de pessoas estranhas e muitas vezes isolados da atualidade cultural e, evidentemente, experimentando a incomoda sensação de abandono, dependência e inutilidade. A baixa qualidade de vida oferecida pela maior parte das instituições também contribui para o agravamento do estado afetivo dos idosos levando, muitas vezes, a estados depressivos graves.

Este problema revela-se de grande importância, visto que cada ano que se passa a população mundial está cada vez mais envelhecida e o número de idosos institucionalizados a aumentar. A qualidade de vida, bem como a rotina diária é afetada pela solidão, já que a solidão é o estado de quem se sente só, traduz isolamento, descreve Bruno et al (2006).

A solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser o mais frequente com o envelhecimento. Fatores psicológicos e sociais parecem estar relacionados com o surgimento, como a depressão, o luto e o isolamento social e abandono. A incapacidade física e outras comorbidades, como as demências, podem contribuir para o isolamento social e a depressão,

especialmente nos idosos. A velhice não é sinônimo de solidão. Depressão, luto, isolamento social e abandono podem estar relacionados à solidão.

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE PERANTE O IDOSO DEPRESSIVO

Veras (2009), descreve que, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

O tratamento da depressão no idoso tem por finalidade minimizar o sofrimento psíquico causada por enfermidades, reduzir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. Para o início do tratamento há a necessidade da identificação de fatores que estariam desencadeando o surgimento de um processo depressivo, ou agravando uma depressão já existente. Assim, é pertinente verificar se o paciente possui alguma doença clínica que esteja relacionada com a depressão e observar se o uso de algum medicamento não estaria levando ao surgimento de sintomas depressivos, segundo Reis et al (2006).

Para Vera; Caldas (2004), para um planejamento assistencial efetivo são essenciais o prognóstico e o julgamento clínico adequado para se precisar o diagnóstico. A prática de saúde mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Almeida; Almeida (1999), ressalta que para o enfermeiro, convém investigar aspectos de natureza psicológica e psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que tendem a desencadear sintomas depressivos.

Deve-se, ainda, registrar que períodos prolongados de dor, comprometimento da nutrição, emagrecimento e fatores oriundos de doenças físicas que conduzem à diminuição da autonomia e perda de mobilidade física contribuem decisivamente para a instalação da depressão. Pacientes nestas condições tendem a evoluir com sintomas psicóticos caracterizados por delírios de nulidade e de que seu corpo está morrendo. O medo da

progressão da doença física, da perda da dignidade e o medo de se transformar em sobrecarga aos familiares também são fenômenos psicológicos que acompanham o comprometimento da condição física (FORLENZA, 2000).

O paciente deprimido diminui o autocuidado, recusa-se a se alimentar e a seguir as recomendações do clínico, permanecendo por maior tempo restrito ao leito ou com pouca mobilidade física. Estes fatores, associados à debilidade clínica geral, podem diminuir a imunidade, com maior vulnerabilidade a processos infecciosos (STELLA, 2002).

O enfermeiro deve orientar e estimular a prática regular e adequada de atividade física, visto que assim, o mesmo obterá ganho de força muscular e de massa óssea, com o desempenho mais eficiente das articulações, constituindo-se em importante fator de prevenção de quedas e outros acidentes, que também se apresentam como comorbidades em relação à depressão (STELLA, 2002).

Admite-se que a atividade física regular contribui para a minimização do sofrimento psíquico causado pelo quadro depressivo em idosos asilados. Para Moraes et al (2007), a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da auto-estima e autoconfiança

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando o quadro psicológico do idoso após o estudo, conclui-se que a não mobilidade física resulta na baixa auto-estima, conseqüentemente na diminuição da sua participação na comunidade e redução do círculo das relações sociais, agravando o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional e os sentimentos de isolamento e de solidão.

Assim, a atividade física contribui de diferentes maneiras para melhorar a condição clínica geral e a condição mental do idoso deprimido. Relacionando o ponto de vista biológico, a atividade física tem sido associada a vários fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida no idoso, principalmente no que tange à perfusão sanguínea sistêmica e cerebral com redução dos níveis de hipertensão arterial; implementação da capacidade pulmonar com prevenção de pneumopatias; ganho de força muscular e de massa óssea com

melhor desempenho das articulações. Relacionando à condição mental, a atividade física eleva a auto-estima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e estimula as funções cognitivas, principalmente a capacidade de concentração e de memória.

Torna-se indispensável citar que a contribuição da atividade física regular e planejada, melhora o sofrimento psíquico do idoso com depressão, sendo a atividade física um recurso preventivo.

Se faz necessário a participação do enfermeiro quanto a minimização dos fatores contribuintes para o quadro depressivo no idoso asilado, através do conhecimento prévio da patologia, dos idosos predispostos ao mesmo, buscando orientar a sua equipe em como assistir esse cliente, estimulando o mesmo a realização de atividades físicas, principalmente em grupos, fazendo a interação e o convívio do idoso com outros.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS)**. versão reduzida. Arq Neuro Psiquiatr. 1999.
- BATISTONI, S. S. de et al. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**. 44 (6): 1137-43, 2010.
- BOLLONE, G.J. (2009) **Depressão no idoso**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>>. Acesso em: 16 set. 2012.
- BRUNO, C.T. da S.; MARQUES, M.B.; SILVA, M.J. Transtornos depressivos em idosos: o contexto social e ambiente como geradores. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.07, n.01, p.35-42, jan./abril. 2006.
- FERNANDES, M. das G. de et. al. (2000). Prevalência e determinantes de sintomas Depressivas em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Rev. Rene Fortaleza**. v. 11, N 1, p. 19-27, jan/mar. 2010.
- FORLENZA, O.V.; ALMEIDA, O.P. **Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico**. São Paulo: Lemos; 2000.
- GAZALLE, F. K.; HALLAL, P.C.; LIMA, M. S. de. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. **Rev. Bras. Psiquiatr**. 2004.
- LANZONI, G.M. DE M.; MEIRELLE, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19(3):[08 telas], maio-jun, 2011.
- MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr**. RS. 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- STELLA, F. et. al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Matriz**. Rio Claro, Vol. 8 n. 3, PP 91-98, agos/dez 2002
- PACHECO, J. L. (2002). Educação, Trabalho e Envelhecimento: Estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria. **Educação / Gerontologia**. UNICAMP, Campinas, SP.
- PERLINI, N.M.O. G; LEITE. M.T; FURIUI, A.C. Em busca de uma Instituição para a pessoa Idosa Morar. Motivos apontados por familiares. **Rev. Esc. Enfermagem**. USP. 2007
- REIS, P.; CEOLIM, M.F. (2006). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enf. USP**; 41 (1): 57-64, 2007.

SADOCK, B. J. Desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.43, n.3, pp. 548-554. Epub Apr 17, 2009.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo à a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Rev. Cien Saude Coletiva**. 2004;9(2):423-32.